

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**TESIS DOCTORAL**

**Tesis de doctorado leída en la Universidad Central en 1902**  
**presentación de una pinza,nuevo modelo,para la**  
**introducción y extracción de los tubos : memoria presentada**  
**por eñ Dr.Fatjó**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Santiago Fatjó**

Madrid, 2015

La intubación laríngea en  
el tratamiento del crup ó laringitis  
diftérica————

Presentación de una pinza, nuevo mode-  
lo, para la introducción y extracción de los tubos.

---

Memoria presentada por D.  
Santiago Fatjó, ex-interno, por oposición, pen-  
sionado del Hospital de la Santa Cruz de Bar-  
celona, al aspirar al grado de Doctor  
en Medicina y Cirugía, en el año 1902.

A la memoria de mis difuntos Padres.

A mis hermanos.

A mis queridos profesores.





Excelentísimo Señor

Señores: Tarea muy difícil es la que voy a emprender y más aún si considero las pocas fuerzas y cualidades que para tal, reúno; no obstante me atrevo a ello, no por gusto, sino obligado por la Ley. que, una vez terminada nuestra carrera, para coronar nuestros estudios con el grado de Doctor, nos exige la presentación de una memoria original; me atrevo a ello, digo, teniendo en cuenta vuestra indulgencia y sabiendo que juzgaréis mi trabajo, no por lo que de sí valga, pues ya sé que no vale nada, sino por la buena voluntad

con que está hecho.

Una gran conquista para la medicina ha sido el descubrimiento de la nuevo-terapia, especialmente en lo que se refiere al tratamiento de la difteria; con ella se ha disminuido la gravedad del pronóstico y se ha modificado mucho el curso de la enfermedad; esto ha venido a favorecer grandemente y a dar una importancia a la intubación laríngea, que antes no tenía. Habiendo tenido ocasión de pasar una temporada, trabajando en los hospitales de París, la aproveché para dedicarla especialmente a la difteria, estando para este objeto, inscrito durante tres meses, en el servicio de difteria en el "Hospital de niños enfermos," cuya dirección estaba encomendada al profesor A. B. Marfan; durante la cual tuve ocasión de realizar algunos trabajos y reunir la serie de observaciones que acompañan esta memoria. Todo esto me indujo a creer que sería materia suficiente y reuniría las condiciones apetecidas, un es-

*Tratado sobre La intubación laríngea en el tratamiento del crup ó laringitis Difterica.*

Para el desarrollo de este tema empezaré por hacer una ligera reseña histórica de esta operación, siguiendo luego un estudio descriptivo de los principales instrumentos que se han ideado para la misma; de sus ventajas é inconvenientes; á continuación expondré el manual operatorio ó manera como debe hacerse esta operación; luego estudiaré las principales dificultades y accidentes con que deberemos luchar y la manera de vencerlos; acto seguido veremos las indicaciones y contra-indicaciones de este método, su oportunidad operatoria, etc; y por fin Terminaré estudiando sus ventajas é inconvenientes en comparación con la traqueotomía, con un paralelo entre ambas operaciones.

Antes de entrar en materia me resta Señores, mas que pedirlos bien por haberme juzgado este trabajo y perdon por todos los errores que en él encontrareis que no dudo serán muchos.



## Historia

Aunque podemos decir que la historia de la intubación comienza con los estudios y descubrimientos de Bouehut, no obstante pasare una ligera ojeada, reseñando todos los datos y conocimientos que he podido encontrar en las revistas y periódicos, tesis y obras que he tenido ocasión de revisar durante la preparación de este mi modesto trabajo.

Como digo, todo lo que se ha escrito anteriormente a Bouehut, no son más que conocimientos de intubación, pero que datan de la más remota antigüedad, pues co-




2,  
muerzan con el padre de la Medicina, con el ce-  
lebre anciano de Coos, con el gran Hipócrates.

Para no modificar en nada lo expresado  
por el Dr. Faustino Barberá (1) copio íntegros tres  
de los párrafos que a este punto se refieren. — "Las  
"indagaciones acerca de este punto en la literatura  
"médica revelan la existencia de un período an-  
"tiguo del que solo nociones vagas conservamos, con-  
"probanter, a lo mas, de que ya la medicina grie-  
"ga conocía este cateterismo y pudo apreciar sus  
"ventajas. En el libro hipocrático «De morbis» al  
"tratar del «cynanque», dice el Divino Viejo, "que  
"además del empleo de varios medicamentos en  
"gárgaras, inhalaciones y fomentos, debía llevarse  
"un tubo por la faringe a la garganta, por medio  
"del cual el aire pudiera conducirse hasta el pulmón"  
"y así debió practicarse hasta el siglo IV de la poste-  
"rior, 100 años antes de la era cristiana, el gran  
"Asclepiades, (Celsus. — De acutis. — lib. 4.) in-  
"ventó la faringotomía o laringotomía de susti-

(1) F. Barberá "La intubación" — páginas 2 y 3. — Valencia 1897.

"tución de aquella, para curar la disnea ocasiona-  
"da por el dicho cymangué.

"Creteo cita claramente esta última operación  
"cuando dice: Los que por aliviar la asfixia tie-  
"nen costumbre de cortar la arteria de la respi-  
"ración, no parece haber hecho la cosa muy re-  
"comendable en la práctica; porque el calor del  
"fluido aumenta con la herida y se une a la as-  
"fixación y a la tos. Pero por otra parte, si el en-  
"ferno se libra del peligro, los labios de la herida  
"no se reúnen mas porque, al parecer, son car-  
"ilaginosos y no tienden a cicatrizarse."

"Este anatema lanzado contra la feringoto-  
"mia o traqueotomía como se llamaríamos  
"hoy debió ser eficaz por cuanto en los cánones de  
"Avicena (Cánones, L. III. fol. IX. tr. I. c. II. Venetis 1564)  
"hallamos la siguiente alusión: que se repro-  
"ducir fielmente el mencionado  el pórcu-  
"tes y marcar el retroceso hácia el tráqueo  
"laringeo." Y muchas veces se prescribió para  
"la una cápsula de plata, de oro o de materia se-

"mejante para ayudar a la respiración." Pero ante  
 "los datos posteriores de la medicina árabe y de  
 "los siglos medios, en que se ve terminantemente  
 "te que adoptaron la traqueotomía, debemos creer  
 "que el cateterismo fué postergado y solo en fe-  
 "cha muy posterior hallamos vestigios de su em-  
 "pleo en Monro durante el siglo XVIII y en varios  
 "cirujanos del actual. Desault que en 1803 al que-  
 "rer alimentar a un herido del cuello introduce la  
 "sonda esofágica por la laringe sin accidente  
 "mortal, enseña a Chuvillier la práctica del ca-  
 "teterismo (1815) para curar el edema laríngeo, é  
 "induce a Finay (1813), á Ducane (1817), y a Patusier  
 "(1829) á repetir la maniobra en la misma en-  
 "fermedad con idéntico resultado. El mismo he-  
 "cho inspira á Depaul (1845) y á Desorgues, Curv,  
 "Renoy y Scoutteten la práctica de la intubación  
 "traqueal contra la asfixia por las secreciones  
 "nacidas; á que Coisseau (en 1851) la aplica para  
 "al tratamiento del crup, utilizándola para ello  
 "las cámbulas de Choussier; y finalmente á que

"Girouard inventara el anillo que lleva su nombre,....." que servia para favorecer la introducción de tópicos en la laringe y tambien para poder practicar ciertas operaciones en dicho órgano (raspados, etc.).

Como se puede ver por todos estos datos no cabe ninguna duda que los antiguos tuvieron alguna idea acerca del cateterismo laríngeo, pero tampoco podemos dudar que el verdadero estudio y desarrollo de los modernos instrumentos comienza su fase con Bouchut en 1858 y mas aun con O'Dwyer, célebre médico norteamericano, en 1880.

Bouchut presentó a la Academia de París sus instrumentos y los resultados con ellos obtenidos; pero debido a la deficiencia de sus tutor y a las dificultades de la operación, no logró la aprobación de sus compañeros. Sin embargo, Malgaigne y otros acogieron favorablemente la innovación de Bouchut, no para estos suficientes para contrarrestar la influencia





6

del célebre profesor Brousseau, defensor acérrimo de la traqueotomía. Debido quizás á la grande autoridad de Brousseau, no solo se desechó la innovación de Bouehut, sino que la Academia votó las siguientes conclusiones: (1) 1.<sup>a</sup> El "tubage, de la laringe, bastante difícil en su "práctica es un medio peligroso si la cánula "subsiste mas de cuarenta y ocho horas en "contacto con las cuerdas vocales. - 2.<sup>a</sup> No es im- "posible que en ciertos estados agudos ó crónicos "de la laringe, este llamado dicho proceder á pres- "tar algun servicio: no obstante los hechos publi- "cados hasta hoy por el Dr. Bouehut, son insu- "ficientes para demostrar que el tubage de la la- "ringe sea útil en los casos de erup. - 3.<sup>a</sup> La "traqueotomía, es hasta el presente el único "medio que puede oponerse al mal que "los recursos puramente médicos hayan "apurado."



Fuese debido al voto de la Academia ó

7  
también por los poco halagadores resultados que  
había obtenido (de 10 casos, tres curaciones y siete  
muertos), lo cierto es que Bouehut abandonó en la  
práctica su descubrimiento, operando siempre la  
Traqueotomía.

Posteriormente a Bouehut, Serullar (1861);  
Monti de Viena; Weinlechner; Schrötter (1876);  
Masecroven (1880); Wilson Paton de América y algu-  
nos hicieron repetidos ensayos de cateterismo la-  
ríngeo, valiéndose de sondas de diferentes mate-  
rias y distintas formas para lograr varios obje-  
tos terapéuticos.

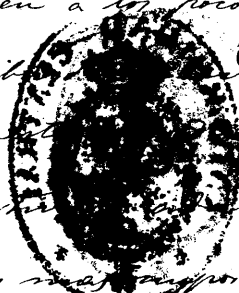
Pero hasta O'Dwyer de New-york, no em-  
pieza la verdadera época de la intubación, que  
así bautizó dicho autor a su procedimiento.

Después de muchos estudios y tras un sin  
número de Tentativas y ensayos, O'Dwyer tuvo  
primero, en el año de 1877, un caso de intubación y tu-  
vo recogidas buen número de curaciones,  
el Dr. D. J. O'Dwyer, se decidió a presen-  
tar a sus colegas, en el año 1880, su instru-

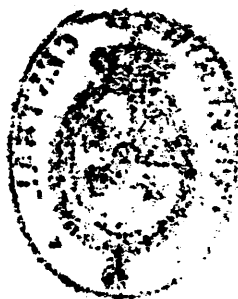


ta y Lastra, practicando por primera vez la intubación en 1º de abril de 1889. Luego Inglaterra, Alemania y Austria siguieron en orden cronológico, siendo Francia una de las naciones que mas ha tardado en admitir y vulgarizar dicha operación, debido indudablemente a la influencia del gran Broussseau, pero en cambio hay que afirmar, que una vez aceptada, los franceses han sido quienes han dado el mayor empuje y contribuido mayormente a su desarrollo, simplificación y vulgarización.

No puedo menos en este sitio que dedicar un cariñoso recuerdo a mi amigo el joven e ilustrado médico argentino, Dr. D. Benjamín Pérez-Arendano, quien a los pocos años de su carrera ha contribuido poderosamente al conocimiento de la intubación en la República Argentina. El Dr. Pérez ha introducido una de las mas importantes reformas en lo referente al instrumental,



simplificando éste y dotándole de mucha solidez, elegancia, economía y facilidad en su manipulación y limpieza. Al describir los instrumentos me ocuparé detenidamente de los de este autor, que me han servido de guía para la modificación de la pinza que como introductor-extractor me he hecho construir y que tengo el honor de presentar modestamente á vuestra consideración

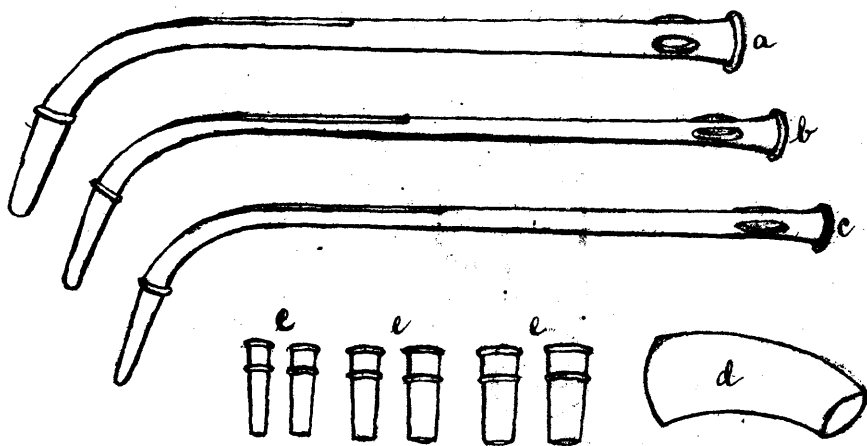


## Instrumentos para la intubación Historia - Descripción.

Desde los tiempos de Bouchart hasta la fecha el instrumental operatorio para la intubación, ha sufrido un sin número de variaciones, todas ellas con el laudable propósito de simplificar mas o menos la operación, evitando algunos inconvenientes, etc. etc. Imposible seria describir todos los instrumentos que se han ideado para dicha operación, pero obstante y su gran número describo los principales.

Los primitivos instrumentos de Bouchart,

Figura 1<sup>a</sup>



Instrumentos de Bouquet (1858) (1)

a. b. c. - cánulas portatubos. - d. - Sedal protector. - e. - serie de seis tubos para las diferentes edades.

eran relativamente muy sencillos (Figura 1<sup>a</sup>), consistían de una serie (e) de seis tubos de diferente tamaño pero de igual forma; para introducirlos en la laringe se servía de unas sillas especiales, (a, b, c.) análogas a las usadas en la cirugía que se adaptaban por uno de sus extremos a los tubos; éstos eran unos cilindros de plomo superfuerza

(1) Dibujo copiado de H. Gillet. "La pratique de la serotherapie". - (Paris 1885).

te cónicos, un poquito mas estrechos de la punta que de la base, en esta habia un pequeño reborde saliente para evitar el desceso del tubo; unos seis milímetros mas abajo, habia otro análogo para sostenerlo, pues se colocaba por debajo de las cuerdas vocales inferiores; la longitud total de estos tubos era de un centímetro y medio a dos centímetros y de seis a siete milímetros su diámetro; en el reborde superior de cada tubo habia un agujerito destinado al hilo fijador; completaba su instrumental un dedal protector (D.) de metal en forma de cono truncado, empujado, y que se colocaba en el índice izquierdo sirviendole a la vez para mantener la boca del enfermo abierta y para protegerle el dedo. Para la extracción del tubo se valia Bonchut del hilo fijador que dejaba a este fin.

Dejando aparte este grupo de instrumen-  
tos que podemos llamar rudimentales, vamos a ocu-  
parnos de los demás que ya tienen una impor-  
tancia práctica. Todos los autores, desde los mas  
antiguos a los mas modernos, han seguido





solo dos tendencias, unos teniendo a su cabeza Dr. vryer han construido sus diversos instrumentos usando siempre el mandril, y otros para mayor simplificación han suprimido el mandril, de modo que podemos dividir los instrumentos hasta ahora ideados en dos grupos:

1.º Instrumentos o tubos con mandril, o sea grupo de Dr. vryer y sus derivados y

2.º Instrumentos y tubos en los que se ha suprimido el mandril.

En otro párrafo aparte estudiaré mi modificación que creo es un *Terminus medio*, un lazo de unión entre uno y otro grupo, pues la pinza que yo me he hecho construir es a la vez introductor y extractor, teniendo una de sus ramas prolongada que hace las veces del mandril de los instrumentos de este grupo.

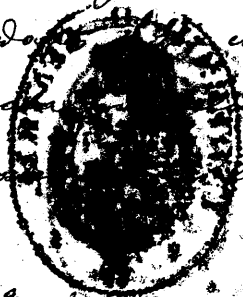
a). Primer grupo. - Instrumentos con mandril.



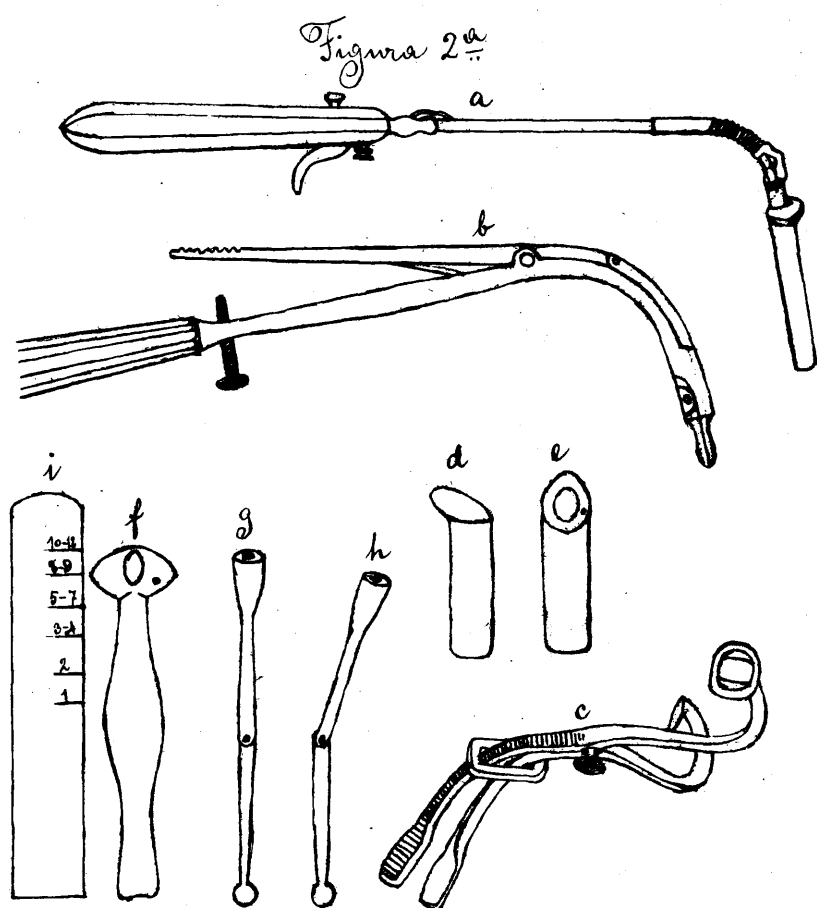
Después de mucho tiempo y después de muchos estudios en el cadáver, después de multitud de disecciones

nes de laringes de niños, pudo Odwyer idear primeramente un especulum bivalvo, y no consiguiendo con este instrumento los resultados que el mismo apetecía, fué modificándolo hasta llegar al tubo cilíndrico aplanado por los lados y un poco abombado en su parte media y que dejó como modelo definitivo. No me entretendré en describir las diversas modificaciones que el mismo Odwyer ha introducido en su instrumental pues á mas de ser muchas, no ~~que~~ que tengan mas que un interés histórico.

Las primeras cajas que de los instrumentos de Odwyer se vulgarizaron en Europa, consistían, de un abretocas, un introductor de los tubos, un extractor, de una serie compuesta de seis tubos de diferente longitud y tamaño proporcionados á las diversas edades á las que corresponden, y por último una escalerilla, en la que van escritas las edades y las líneas diferentes.



El abretocas (Figura 2.<sup>a</sup> c.), primitivo de Od-



Instrumentos de Odwyer (1880) (1)

a.-introduccion y su tubo.- b. extractor.- c. abreboocas.- d. e. tubos cortos.-  
f. tubo largo ordinario.- g. h. su mandril articulado.- i. escala graduada.

Odwyer, es un instrumento articulado para la intubacion manual.

(1) Dibujo copiado de A. Bonain: "Traité de l'intubation du larynx." - Paris 1895 y de B. Perez-Arendano: "L'intubation du larynx." - Paris 1902. -

jo, no ofrece buena seguridad y garantías, consiste en dos ramas metálicas, encorvadas y articuladas, por su parte media, mediante un tornillo. Una de las extremidades, de estas ramas se encorva formando una semicircunferencia y se termina por una superficie ensanchada y acañalada dispuesta de manera que se adapte bien sobre los molares. La otra porción o sea la parte libre presenta también una forma encorvada pero en sentido contrario y poco pronunciada, con sus caras externas dentelladas en toda su extensión; mediante una pieza de hierro de forma rectangular, libre y corrediza que se adapta a la parte dentada, puede el instrumento fijarse y así permanecer abierto. Es un instrumento incómodo y de poca seguridad de modo que más tarde su mismo autor lo ~~quitar~~ adaptando el de Denhard, que ha sido ~~un~~ <sup>un</sup> que han venido usando y que ~~la~~ <sup>la</sup> ~~mayoría~~ <sup>la</sup> ~~de~~ <sup>de</sup> cirujanos.

Este instrumento (Figura 3-g) es el mismo que



el anterior se compone de dos ramas encorvadas tambien y articulados, que presentan una curvatura tal que estando aplicadas sus extremidades anteriores encima de los molares, la porción libre del instrumento se adapta exactamente sobre la mejilla. Una cremallera con un resorte situada por detras de la articulación evita que, una vez abierto el instrumento, este vuelva á cerrarse; en cambio hay otro resorte, que retirando un poco la cremallera, cierra instantaneamente el instrumento.

El introductor (Figura 2-a), como su nombre indica, es un instrumento destinado á colocar los tubos dentro de la laringe. Consiste de varias piezas desmontables; un mango de unos 12 centímetros de largo, provisto en su cara inferior de un gancho en forma de gatillo de escopeta; un Tallo de madera que se inserta en el mango y cuya extremidad libre al ser introducida en el ángulo recto se termina por una rosca destinada á atornillarse en el mandril del tubo; sobre el bor-




de superior del mango se ve una especie de botón que mediante un cilindro corredizo que se continúa con un resorte en espiral, que rodea el ángulo del Tallo, y termina por dos ganchitos, sirviendo todo esto para empujar el tubo y separarlo del mandril sin necesidad de apretarlo con el dedo.


El extractor (Figura 2-b.), que sirve para retirar los tubos de la laringe, es un instrumento mucho mas sencillo que el introductor, y consiste en una pinza acodada en ángulo recto como aquel, describiendo un arco de círculo muy regular y terminando en forma de pico de pato. Consta esta pinza de dos ramas, una, la inferior, fija, gruesa que forma el mango. Tiene un tornillo destinado a graduar los movimientos de la compañera, la rama superior que es móvil, más fina y se articula dos veces con la otra, formando una especie de charnela al nivel del punto. Un resorte situado detrás de la articulación de



la pinza, mas cercana al mango, mantiene unidas las dos ramas de la pinza en su extremidad anterior.

Las cajas de intubación de Edmeyer que son completas, constan de dos series, de tubos, todos son de cobre, recubiertos de una capa de oro. Los de la segunda serie que sirven para adultos, son en número de siete de forma cilíndrica, pero están casi completamente abandonados.

Los tubos de la primera serie en número de seis, también de cobre dorado, tienen una longitud que oscila entre cuatro centímetros que tiene el menor y seis que mide el mayor; sus diámetros, el antero-posterior varia entre cinco y nueve milímetros, el transversal es la mitad. Se emplean según las edades, desde pocos meses hasta doce años poco mas o menos. Tienen una configuración parecida (Figura 2-) y varían en el tamaño; su forma está en relación con la con-


figuración interna de la laringe, y representa a poca diferencia, dos troncos de cono unidos por la base y aplastados por los lados; la extremidad inferior está bien redondeada, para evitar la producción de heridas en la mucosa laríngea al penetrar el tubo; la extremidad superior o cabeza del mismo, tiene una forma irregularmente oval con bordes salientes pero perfectamente pulidos y redondeados; en uno de los bordes de la cabeza del tubo hay un agujerito que da paso a un hilo que sirve de fijador del tubo. El orificio interior o luz del tubo es de una forma oval, siendo su eje antero-posterior mucho mayor que el transversal. Estos tubos son perfectamente pulimentados y cubiertos de una capa de oro (los hay también de niquelados), tanto en su superficie externa como interna.  y su peso favorecen la estabilidad de los mismos en la laringe.

Cada uno de estos tubos es provisto de su respectivo mandril, que sirve para unirlos

(Fig 29. h)

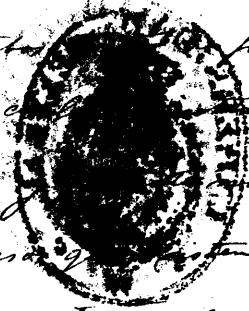


al introductor y así realizar la operación; este mandril no es mas que un Tallo de acero articulado, en su mitad para facilitar su salida del tubo; sus extremidades, mas gruesas que el resto, sirven la inferior del diámetro exacto al orificio inferior del tubo, de cuyo nivel, sobresale unos milímetros, para facilitar la entrada del tubo, venciendo sin peligro las resistencias que encuentre en el camino. y además evita que entren <sup>en</sup> el interior del mismo falsas membranas y mucosidades que podrían obstruir el tubo en el mismo momento de su entrada; y la superior provista de un agujero con rosca, para atornillarse a la extremidad del introductor formando con este instrumento un ángulo recto.

Para saber que tubo debemos elegir, en la misma caja se encuentran  la metálica (Figura 2-i) graduada en longitudes, a que corresponden y deben elegirse los tubos de aquella longitud.

El mismo O'Dwyer ha presentado una

serie interminable de modificaciones en sus instrumen-  
 tos, principalmente en los tubos, ha hecho  
 repetidos ensayos, variando no solo la forma y ta-  
 maño de los mismos, sino que tambien buscans-  
 do otras sustancias para sustituir al cobre que for-  
 ma su constitucion. Entre otras presento una se-  
 rie de tubos bastante diferentes de los anteriormen-  
 te descritos, eran de plata de una forma cilindrica,  
 (Figura 2. - I. c), tanto exterior como interiormente, apre-  
 ciando asi mayor facilidad para la expulsion de las falsas  
 membranas; tambien son algo mas cortos que los o-  
 tros; la forma cilindrica que presentan ha he-  
 cho que estos tubos no fuesen muy estables, sien-  
 do expulsados con mucha facilidad; debida a este  
 inconveniente ha sido su poca aceptacion y  
 su mismo autor los abandono volviendo por su  
 forma abombada. Estos tubos de forma  
 cilindrica, tienen su luz o canal interior  
 mucho mayor que los otros y son mas utili-  
 ces en aquellos casos en que se presentan fal-  
 sas membranas u otro cuerpo extraño que no



pueda franquear la luz de los ojos, pero como se comprende estos casos no solo son raros sino que tambien es un inconveniente tener que colocar un tubo especial para este objeto, pues estos tubos no pueden permanecer mas que unas tres o cuatro horas dentro de la laringe.

O'Dwyer ha hecho construir otra serie de tubos de la misma forma que los primeros, pero en vez de ser de cobre los ha hecho de ebonita, sustancia dura, resistente, que no se altera facilmente y que es mucho mas ligera que aquel, pues cada tubo de ebonita pesa tres veces menos que otro analogo de cobre. Los autores que han empleado esta clase de tubos dicen, estan satisfechos de su resultado. Bólkay, Egidi y otros los han aceptado y preconizado. En Berlin tuve ocasion de ver el uso de esta clase de tubos en las clinicas del profesor Heubner (Hospital de San Carlos) y en la del dr. Bagynsky (Haiser u. Kaiser Friedrich-Kinder-Krankenhaus); ambos profesores me dijeron que obtenian muy buenos resultados de esta cla-



se de tubos.

Una infinidad de modificaciones, mas ó menos apropiadas y de mayor ó menor utilidad, han sufrido los instrumentos del celebre medico de New-york, por diferentes autores. Imposible seria resumirlas todas, pues son en número considerable, solo pasare revista de algunas de ellas que considero como mas importantes.

Massei (de Italia) para solventar las dificultades que en la práctica pueden presentarse ha hecho construir una serie de tubos de muy diversos tamaños, los hay de largos y gruesos del cuerpo con una cabeza pequeña, otros al contrario la cabeza grande y el cuerpo pequeño, y con estas formas hay todos los tamaños y combinaciones. Fundase el profesor Massei, para defender su modificación, en el caso que existiendo una gran estenosis en la laringe grande, los tubos ordinarios que se pondrian, no podrian vencer la dificultad y al contrario los que por su pequeño diámetro logran atravesarla, tienen

non la calga pequeña y una vez dominada a-  
 quella pueden con mucha facilidad franquear el o-  
 rificio laringeo y caer dentro de aquella cavidad.

Bauer (de Budapest) hace construir unos tu-  
 bos de la misma configuración que los de Odwyer  
 con la única diferencia, que en vez de ser rectos  
 son encorvados, y cuya curvatura es mas pronun-  
 ciada cuanto menor es el tubo. Hagenbach  
 de Bâle y Fischer de New-york emplean tubos de  
 cautehoue endurecido este y de chonta aquel;  
 Hagenbach suprime el abombamiento y Fischer  
 para asegurar la estabilidad construye unos tubos  
 cilindricos, pero con unas ranuras circulares, muy  
 pronunciadas; la cabeza de estos tubos es escavada  
 y su extremidad traqueal cortada en plano ho-  
 rizontal y bien redondeada. El introductor de Fis-  
 cher es bastante complicado. *Erismann* (de Munich)  
 presentó en el último congreso de Hamburgo,  
 (Septiembre 1901), un nuevo *modèle* de in-  
 troductor. Los tubos son de diversa materia elás-  
 tica y que segun el autor responde a todas las exi-



gencias necesarias. Su forma es parecida a la de los de O'Dwyer, solo que un poco encorvados como los de Bauer, con el abombamiento lateral y su extremidad inferior ligeramente cortada en bisel. El introductor es una pinza especial, sencilla, y parecida ligeramente a la del Dr. Percy Andrews. La extracción la verifica por el procedimiento de Bayeux y caso necesario con el extractor de O'Dwyer.

Siendo los tubos de O'Dwyer de una longitud considerable de manera que una vez colocados penetran por la tráquea hasta su bifurcación, y como son de un metal bastante pesado, hacían algo molesta su permanencia dentro de la laringe, lo que indujo a Bayeux (interno del Hospital "S'enfants malades" de Paris) (1895) á estudiar esta cuestión; bien pronto Gallin con la dirección de Bayeux, construyeron tubos de aluminio, estos tubos permanecieron tres días en su sitio no obstante los repetidos accesos de tos que tuvo uno de los enfermos; pero una vez re-

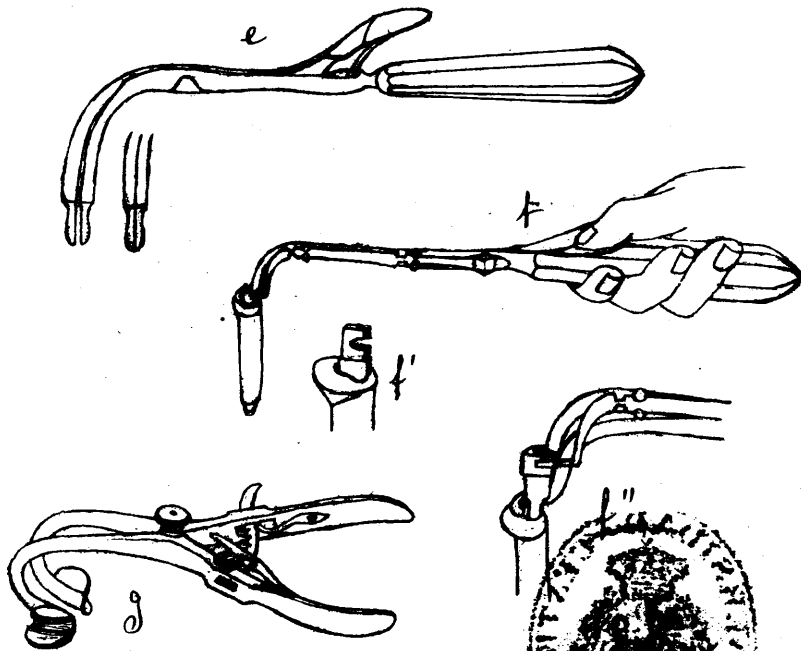
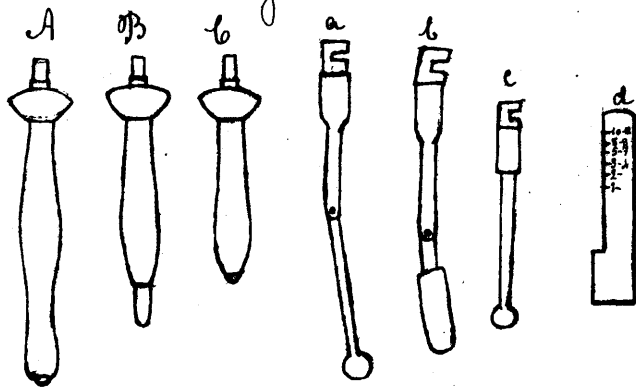
Tirados se encontraron los tubos recubiertos de unas  
 concreciones de bastante espesor y muy difíciles, por  
 no decir imposibles de desprenderse, debido esto a la  
 gran proximidad de dicho metal, estas concrecio-  
 nes ~~eran~~ muy abundantes en la parte de tubo que  
 penetraba dentro de la traguea. Entonce se pensó en  
 suprimir esta parte de tubo construyéndose los lla-  
 mados tubos cortos, y para facilitar la introduc-  
 ción hizo que el mandril sobresaliera bastante  
 del tubo. Mas tarde Sevestre hizo construir otra  
 serie de tubos aun mas cortos que los de Bazeng  
 y en los que el mandril apenas sale de la extre-  
 midad inferior del tubo, formando con este casi  
 como un solo cuerpo, evitando con esta modifi-  
 cación la facilidad de producir erosiones y fal-  
 sas vías que pueden abrirse en la mureta, y a-  
 demás en los mandriles de ~~esta~~ Sevestre,  
 como que son mucho mas cortos, evitando pres-  
 cindir de la articulación, ~~de~~ una so-  
 la pieza; esta articulación, ~~por~~ se oxida-  
 ba y se rompía con suma facilidad, exponiendo.

se a caer el trazo inferior del mandril dentro de la laringe y traquea, si sucedía durante la operación; con la modificación del Dr. Sevestre, se ha evitado del todo este inconveniente que era de fatales consecuencias como pudo muy bien apreciar Baer (de Zurich) que presencié uno de estos desgraciados casos.

Pero la principal modificación de los instrumentos para la intubación fue la de Collin, respecto del introductor. En los instrumentos de O'Dwyer los tubos se unen al introductor mediante una especie de tornillo que lleva este en su extremidad, y que se enroscó en el agujero que tiene el mandril en su parte superior. Como se comprende este mecanismo á mas de ser engorroso é incómodo cuando tiene que cambiarse un tubo, sobre todo esto en aquellos casos que mientras se está en la operación por cualquier causa que cambie el tubo, entonces surgen de pronto todas estas dificultades; á mas de esto es de difícil desinfección.



Figura 3<sup>a</sup>



Instrumentos de Collin-Bonnet (1897-1898) (1)

A, B, C, a, b, c, - tubos de Dwyer, Bayens y Severin, respectivamente  
 construidos por Collin. - e y f. extractor e introducido en Collin. - g. alreboas  
 de Denhart construido por Collin. - h. - escala graduada.

(1) copia de Brachet, Bouly-Maury, Paris 1897 - "traité des maladies de l'enfance"

ción principalmente la parte del resorte en espiral, que como no puede secarse muy bien también se oxida fácilmente. Todos estos inconvenientes han terminado en cuenta Collin, y ha solventado construyendo su introductor.

Este instrumento (Figura 3-p. f. f.) es en su forma algo parecido al de Odwyer aunque muy remotamente; consta como este de un mango que se une a un tallo acodado por su extremidad, en un ángulo ligeramente agudo (esto en los últimos modelos, los primeros en ángulo recto), este detalle favorece la entrada del tubo en la laringe, siendo por tanto menos frecuentes las equivocaciones que se cometían introduciendo el tubo en la cavidad esofágica; este tallo termina por una especie de cabeza con un agujerito central que se adapta a la extremidad superior del mandril. Cuando el instrumento en posición se encuentra a la izquierda otro tallo en forma de correa que apretándolo hacia delante aprisiona la cabeza del man-



Ind; á la derecha Otro Fallo en forma de palanca, ensanchado por su extremidad posterior viene á caer encima del dedo pulgar, y con un ligero movimiento de este se levanta y entonces la otra extremidad, á manera de gancho, desciende y empuja el tubo separándolo, con este movimiento, del mandril.

El extractor de Collin (Figura 3-e), modificación también del de Dwyer se parece mucho al de este autor, aunque es mucho más simplificado. Difiere de este, en que solo tiene una articulación y los extremos de la pinza se abren de una manera bastante paralela y por lo tanto se ponen en contacto con el tubo en mayor extensión, con esto se logra que haya menos deslizamientos, que no con el anterior que solo se adapta al tubo por dos puntos.



El abrebores es el mismo de Dwyer, modificado y ligeramente modificado por el autor (Figura 3-g.)

Muy recientemente, en este mismo año, he

tenido noticia de un nuevo modelo de instrumentos para la intubación, es este el ideado por M. Deguy y P. Will, y descrito por sus autores en un reciente trabajo titulado "Manuel pratique du traitement de la diphtérie". Aunque este instrumento no es mas que una simplificación del de Collin, difiere algun tanto de este como puede verse en su descripción. Los tubos empleados por estos autores son los mismos de Sevestre de un diametro interior, superior, y cuya diferencia capital está en la cabeza que en vez de presentarse de una forma más o menos convexa tiene al contrario una concavidad o excavación para facilitar la entrada del extractos.

El mandril difiere tambien de los anteriores, puesto que es un tallo metálico delgado y uniforme, que llena completamente la luz del tubo, y que se desliza facilmente, de modo que deje de seguir la dirección del eje del tubo, cuando este es mas largo que el tubo sobre el que se desliza, por su parte superior, facilitando de esta manera la

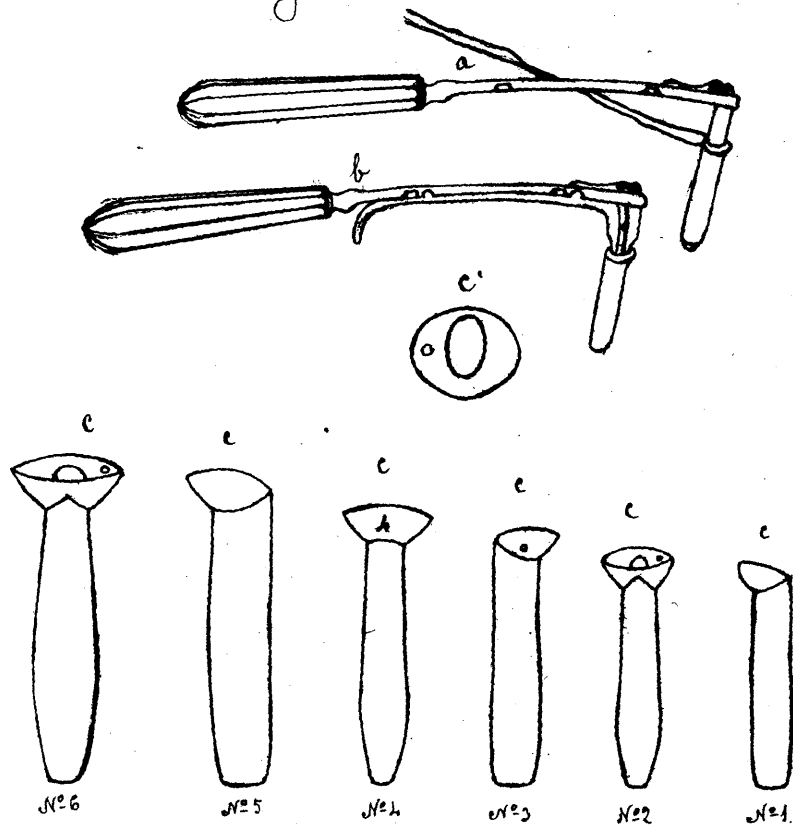


manera de encontrar la cabeza del tubo, para hacerle descender, mediante una pequeña presión del dedo índice, permitiendo con esto la depresión del depresor. El mandril es completamente liso y redondeado por su extremidad inferior, en cambio por su extremidad superior tiene una forma cuadrangular que se adapta perfectamente a una ventanilla o agujero del introductor; además presenta en esta extremidad una escotadura oiente que recibe al cerrojo que dando así fijado perfectamente al introductor.

El introductor (Figura 4.- a), consta como todos los de su clase, de un mango idéntico a los anteriormente descritos, al que va solidamente atornillado un vástago de una forma ligeramente curvilínea; una de las extremidades de este vástago está redondeada y presenta poco antes de su terminación una pequeña abertura cuadrangular en forma de ventanilla, en la que viene a encajarse el mandril. Un poco más por encima de esta ventanilla



Figura 4ª



Instrumentos de Deguy y D. Weill (1902) (1)

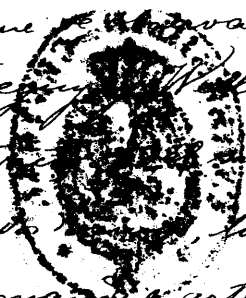
a - introductor - b. el mismo convertido en extractor. - c. serie de seis tubos (del tamaño natural). - d. vista por encima del tubo n° 6.

(1) Dibujo copiado de "Deguy-Weill 'Manuel de l'Instrument de la diphtérie' (Paris 1902). - Los tubos son dibujados del natural.



lla se encuentra un pequeño tornillo que sirve para fijar al tallo el cerrojo; este no es mas que una lámina corta, paralela al tallo, en la posición de descanso, y capaz de rotación sobre el eje del tornillo. Cuando se le separa de la posición queda completamente libre la ventanilla y entonces se introduce el mandril, volviendo luego a su posición primitiva queda este fijado solidamente por su extremidad superior. Como se ve en este instrumento se ha suprimido el depresor por considerarlo innecesario.

El extractor de Deguy-Weill (Figura 4/b), es bastante diferente de los hasta ahora ideados; los autores han adaptado una púa cuyas ramas se separan de una manera paralela en vez de angular, evitando con esta modificación los frecuentes deslices del tubo que se observaban con los otros extractores. Deguy-Weill se sirven para formar el extractor, el mismo introduccion añadiendo las partes, la anterior no es mas que un mandril articulado



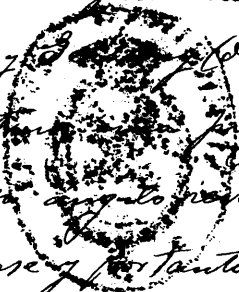
al tallo del introductor de la misma manera que se articulan los otros mandriles; esta rama está dentada por su superficie externa; su mitad posterior por debajo de la articulación queda libre. La rama posterior está formada por un tallo adaptado a la cara inferior del tallo del introductor a manera de corredera parecida al sistema del cerrojo del instrumento de Collin. Este tallo se encorva por delante formando la <sup>rama</sup> parte posterior del extractor, y por detrás de termina por una especie de palanquita en forma de gatillo; mediante este que se adapta perfectamente al dedo índice, se logran los movimientos de la rama posterior de la pinza, que resbala paralelamente a la anterior y protando con la cara inferior del tallo; este movimiento está limitado por una muesca pequeña, situada en la parte superior del gatillo y que se introduce en una ranura que a este fin presenta en su cara superior el tallo del instrumento. Todas estas piezas son facilmen-



de desmontables; en conjunto todo el instrumento es sencillo y de buen manejo.

### b.). - Segundo grupo. - Instrumentos sin mandril

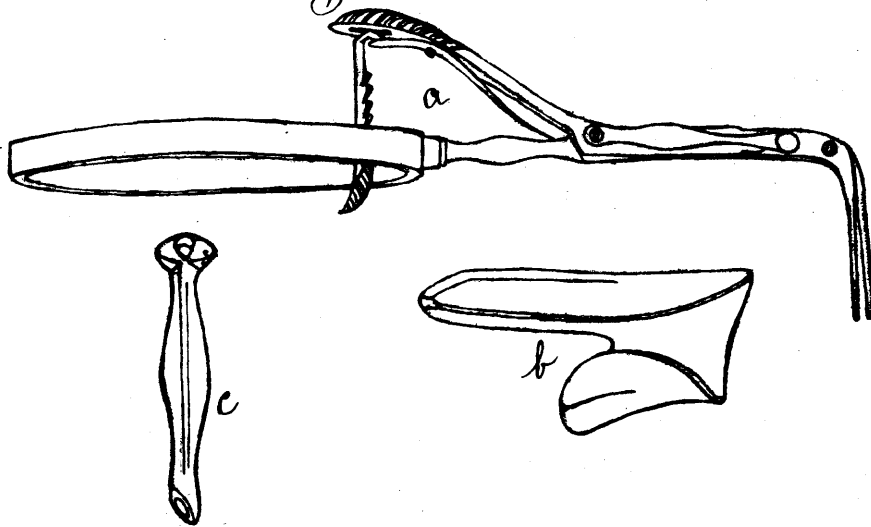
Muchos han sido los autores que no han querido reconocer la importancia al mandril, sino que lo han considerado mas bien como un estorbo, siguiendo esta opinion han ideado una serie de instrumentos más ó menos parecidos y destinados generalmente á hacer las veces de introductor y extractor, simplificando notablemente estos instrumentos y haciendo mucho mas reducido el coste de las cajas de intubación.

Segun dice el Dr. Perez Arce, los primeros que llevaron á la práctica este ideal fueron Schweiger y  (de Viena) que en 1893 hicieron construir una prueba en forma de tigura, acodada en ángulo recto, esta pieza no puede des articularse y portanto no es pa-

ilmente desinfectable.

Merecen mayor atención los instrumentos ideados por Pablo Ferrand de Lyon; este, estando en el hospital de la "Charité" de aquella ciudad, y empleando con bastante frecuencia los instrumentos de O'Dwyer, comenzó a concebir la idea de la simplificación del instrumental primitivo. Una de sus primeras ideas fue reunir en un solo instrumento el introductor y el extractor, comenzó empleando como introductor el mismo extractor, consecuencia de esto y para mayor facilidad y reunir mas comodidades, vino con la supresión del mandril y consiguiendo la modificación de los tubos de manera que en 1894, publicó una memoria en la que describe su instrumental, manual operatorio y ventajas de su modificación. Verdaderamente la caja de Ferrand es muy simplificada, contándose en ella su introductor-extractor, un dedal protector, un abrelatas,

Figura 5ª



Instrumentos de Ferraud (1894) (1)

a. pinza introductor-extractor. - b. Sedal protector. -  
c. - un tubo de la serie, visto de frente.

la serie de tubos en número de seis, y una es-  
cala graduada.

El introductor-extractor o pinza (como le  
llama su autor es un instrumento (Figura 5)  
(a) de unos 23 centímetros de longitud, se descom-  
pone en seis piezas y que según Ferraud de mon-

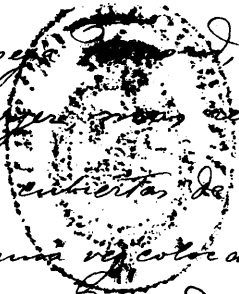
(1) Dibujo copiado de Ferraud - "L'intubation du larynx" - Lyon 1894

ta y desmonta fácilmente; estas piezas son las siguientes: un mango que difiere de los demás, por estar formado por dos ramas curvas, soldadas por sus extremos formando una sola pieza de forma ovalada; en su parte anterior se articula un tallo acodado en ángulo recto en su extremidad, que forma la rama fija de la pinza; la otra rama se articula con esta en el ángulo que ambas forman, por su extremidad libre las dos ramas adelgazándose terminando casi en punta, están dentelladas por su cara externa para asegurar la fijación de los tubos; la rama libre se presenta por la extremidad posterior en forma de una palanca que sirve de apoyo al dedo, bajo cuya presión se separan las dos ramas de la pinza; a esta palanca va unida una cremallera, cuyo objeto es fijar las ramas de la pinza y evitar que estas vuelvan a unirse una vez separadas; a más de esto tiene esta palanca, art.

culado un pequeño resorte para mantenerla en posición. Una pequeña pieza que lleva en su parte anterior una polea de reflexión destinada al hilo de seguridad, sirve para la fijación de todas las piezas y las hace fácilmente desmontables.

Los tubos de que se sirve Ferrand, son los mismos de O'Dwyer, algo modificados, es decir cortados en bisel por su extremidad inferior, pero terminando por una superficie redondeada, a fin de evitar en lo posible las erosiones de la mucosa durante el acto de la operación. La extremidad superior o cabeza en vez de presentarse de una manera convergente, el autor la ha hecho un poco espesada para facilitar la entrada de la pinza principalmente para su extracción.

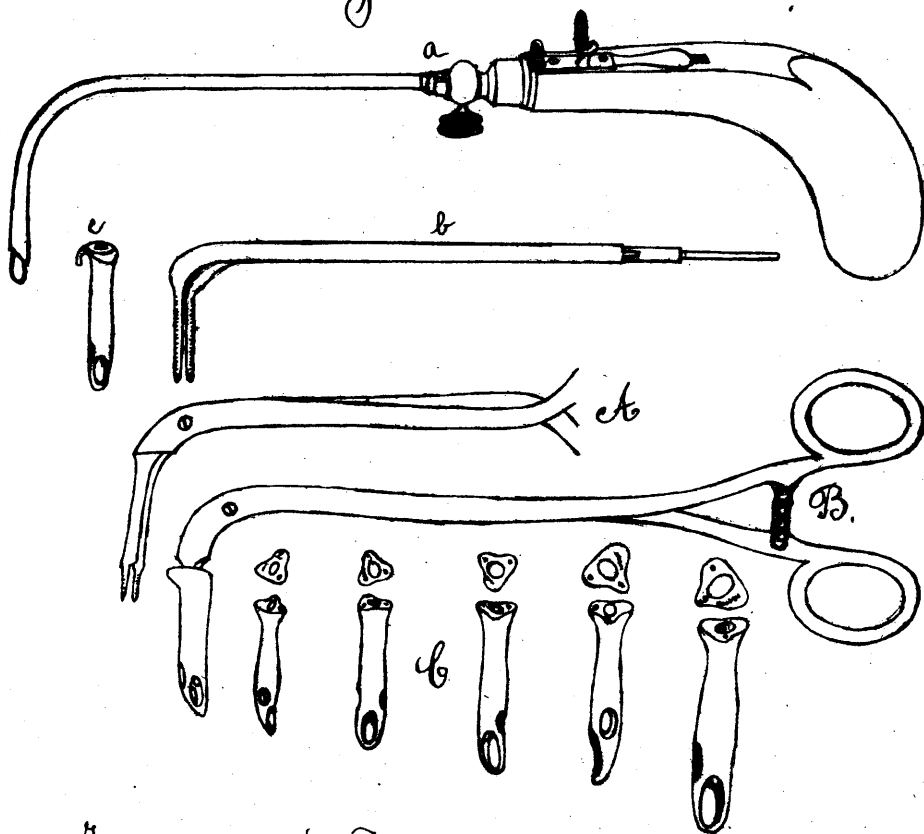
El abretoca que acompaña a Ferrand, es una modificación del de O'Dwyer, consistente en que este, con las placas cubiertas de estaño y de una forma tal, que una vez colocados en su sitio las ramas quedan bien adaptadas, a las ne-



jillas. No obstante y en modificación propone el Dr. Ferrond, para evitar las mordeduras en los casos que el abre bocas resbala, la adopción de una especie de dedal (Figura 54(b) que el ha hecho construir; es una lámina metálica encorvada que se coloca en el índice requiriendo y que protege la primera falange y extremidad del segundo metacarpiano. Con este simple dedal y sin necesidad de abre bocas dice el autor haber practicado buen número de intubaciones y detubaciones, obteniendo siempre felices resultados.

M. Rabot (de Lyon) simplifica la pinza de Ferrond suprimiendo la cremallera; pero como que es partidario del tubaje cerrado (que no permite la respiración durante la intubación), emplea un portatubos provisto de un mandril, formando todo una sola pieza. Mas recientemente Bayle ~~(de Lyon)~~ imagina una pinza introductriz y extractriz, basada en un principio diferente de los de Ferrond y Rabot, en la que las rameras se separan paralelamente, como hemos descrito en el extractor de Deguy-Weill.

Figura 6<sup>a</sup>.



Instrumentos de Esakynis (1)

a: extractor. - b, piezas del introductor articulables al mango. -  
c.-Tubo con gancho (primeros instrumentos para la pinza in-  
troductor-extractor. - c. serie de seis tubos (modificación)

Entre otros tenemos también (los otros)

(1) Dibujo copiado de Sargnon "Tubage et Trachéotomie" Paris 1900

instrumentos ideados por Esakiris (de Paris), que difieren bastante de los hasta ahora descritos. Primero este autor construyó un introductor de ramitas paralelas, estas se articulaban con un mango que servia tambien para recibir otra pieza en la misma articulación, que no era mas que un tallo de acero encorvado y terminado por un asa de alambre de hierro que servia para extraer los tubos. Estos diferian de los de Ferroud no solo por su forma sino que tambien por su composicion, pues eran de aluminio, y de un calibre mayor que los demás; en la parte posterior de su cabeza tenían un gancho (Figura 6) (c) que servia para la extracción; su extremidad inferior se terminaba por una especie de asa un poco inclinada en vez del bigel de los tubos de Ferroud. En la extremidad un poco por encima y en sentido opuesto a los orificios del asa presentaba unas ranuras o vales, destinadas a favorecer la entrada del aire y evitar las obstrucciones.





Mas tarde el mismo autor modifica su  
 instrumental, construyendo como introductores  
 tres pinzas-tijeras (Figura 6) (A, B), análogas  
 a la de Sersuny, de diferente tamaño, con  
 sus extremidades, acodadas en ángulo recto, ter-  
 minando de una manera algo parecida a  
 la pinza de Ferrond. Con esto tuvo también  
 que modificar sus tubos, puesto que de nada  
 les servía el gancho de su extremidad supe-  
 rior; los ~~anteriores~~<sup>inferiores</sup> tubos eran también de alu-  
 minio y de diámetro aun superior a los otros  
 y también un poco más cortos, presentaban la  
 cabeza aplastada con los bordes irregulares y  
 obtusos. Usaba también Gjakris un dedal en  
 forma de tubo cilindrico-encurvado; el abrebocas  
 que emplea es el mismo que usan la ma-  
 yor parte de profesores y que hemos des-  
 crito.



En Italia el profesor (Roma)  
 después de emplear desde 1889 instrumentos  
 de O'Dwyer, concibe la misma idea que Fe-

47

vrou, es decir, simplificar los instrumentos y facilitar la respiración, durante la intubación, y en 1891 hace construir unos instrumentos a propósito para lograr este objeto; su introductor no difiere del de O'Dwyer mas que por ser tubulado, lo mismo que el mandril, y así logra el paso del aire; los tubos son los mismos americanos solo un poco mas cortos y de mayor calibre.

Mas Tarde en 1895, persiguiendo la simplificación del instrumental, idea como Ferroud, un solo instrumento que le sirva para la intubación y detubación a la vez; dicho instrumento es muy parecido al extractor de O'Dwyer, pero con una sola articulación como el de Collin, y de forma tubular hasta el ángulo en vez de ser plano. Los tubos continúan los mismos como el mandril tubular tambien y que se fijan en la extremidad de las ramas de la pinza.

En fin, siguiendo sus estudios y simpli-

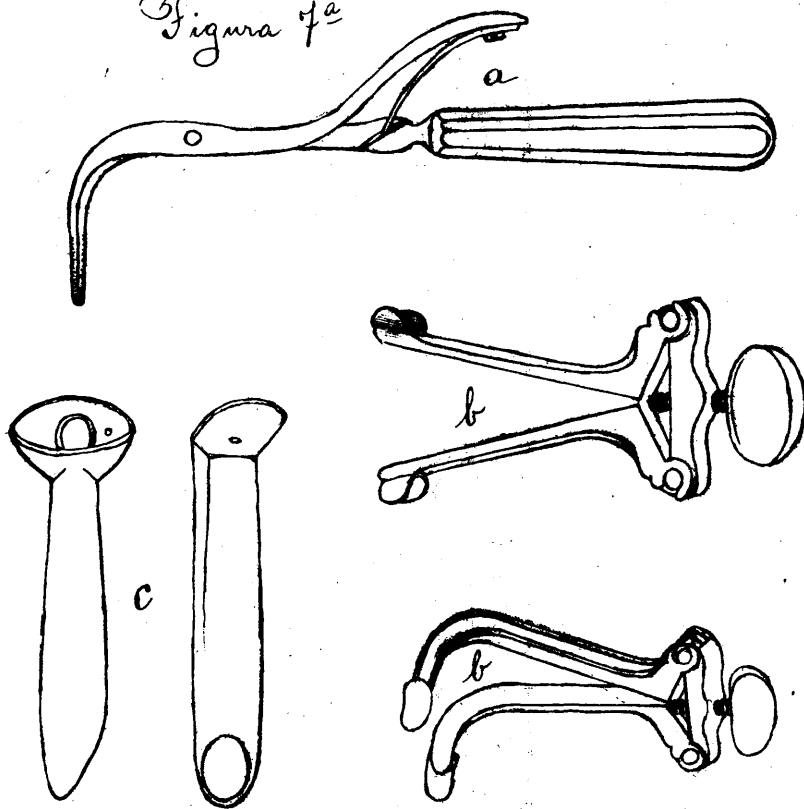
48  
ficaciones, propone hacer cosa de un año, me-  
dió la supresión del mandril, por considerar-  
lo inútil y algunas veces como estorbo; cons-  
truye una pinza exactamente igual á la del  
Dr. Perez-Arendano que luego describiré. Pre-  
coniza los tubos de ébonita de O'Dwyer, y dice  
que logra muy buenos éxitos con esta cla-  
se de tubos.

En 1897, el Dr. D. Benjamin Perez-Aren-  
dano, (de Buenos-Aires), hace construir unos  
instrumentos, sin tener conocimiento de o-  
tras cajas que las de O'Dwyer y Collins. Su  
simplicidad los hace verdaderamente re-  
comendables; su caja se compone de un  
intubador-extractor, un abrebrocas, y una se-  
rie de seis tubos de cobre doado, de diferen-  
tes tamaños adaptados á las necesidades.

El introductor (Figura 7) se desarticu-  
la fácilmente en cuatro piezas, formando en  
conjunto una especie de pinza parecida á la  
de Ferrond, y son: un mango de metal de



Figura 7<sup>a</sup>



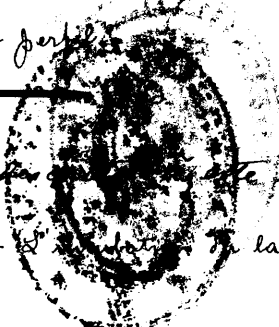
Instrumentos de Perez-Arendano (1894) (1)

a.-introdutor-extractor. - b. abre bocas, de frente y de perfil. -  
c.- dos tubos, uno de frente y otro de perfil.

forma igual a los anteriores en este mango

(1) Dibujo copiado de D. Perez-Arendano. - "Anatomía de la laringe."

Paris 1902. -



se le articula un vástago ó rama fija de la pinza que en su extremidad anterior se acoda en ángulo recto, terminando con la otra rama á manera de pico de cigüeña; á esta rama se adapta perfectamente la otra á la que se articula; esta rama en su parte posterior y á unos cuatro centímetros del eje, se levanta para formar un brazo de palanca, que está así mantenido y sostenido por un resorte metálico; la extremidad libre de ambas ramas está rayada por su cara externa para que se adapte mejor á la pared interior de los tubos. En el eje articular del instrumento se ve una especie de botón en forma de polea que sirve para pasar el hilo de seguridad, y evitar que este toque á la lengua, durante la operación. Esta pinza está dispuesta de manera que permite mantenerla al abrigo del aire. Como he dicho esta pinza es exactamente igual, á la ideada por el Dr. Egidi de Roma, pero no hay duda que



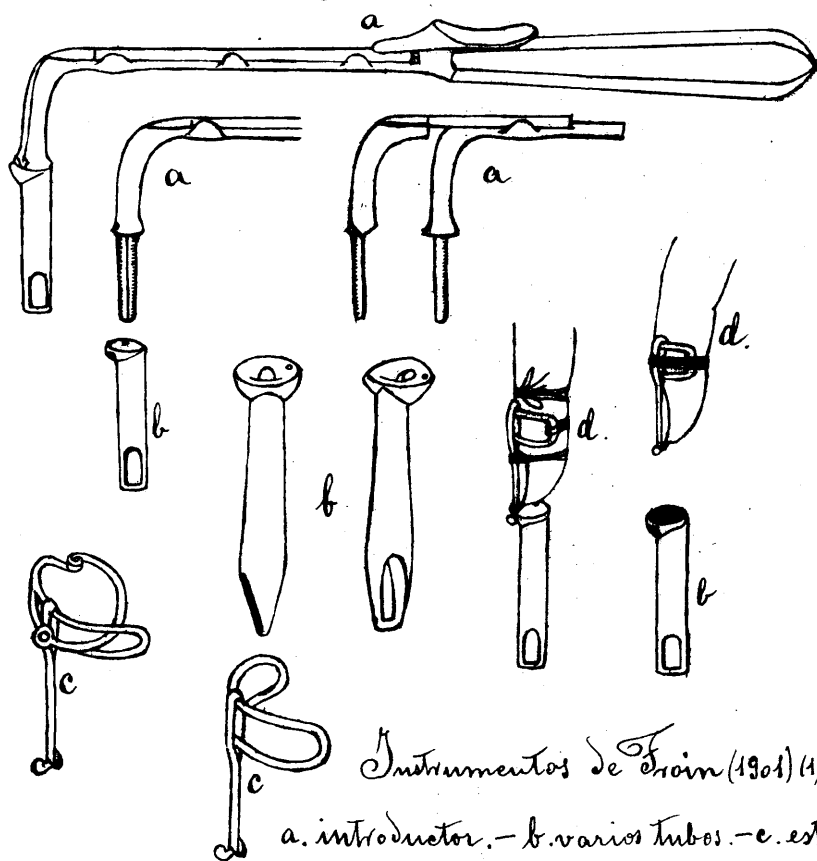


do de una manera muy lisa y redondeada. La cabeza del tubo está ~~creada~~ formada por su cara superior formando una especie de platillo, y por su cara inferior es plana en vez de redondeada como en los otros, permitiendo con esta disposición mayor descenso en la laringe; á la izquierda tienen el agujerito para pasar el hilo fiado, su diámetro es mayor que el de los de Edwyer, y son mas ligeros que estos y tambien que los de Bayeux. En cada tubo va escrita la edad á que corresponden.

El abre bocas (Figura 7.-b) que emplea el profesor argentino, puede desarticularse fácilmente en las cuatro piezas de que se compone, que son dos ramas, accedadas y encorvadas por un extremo y articulándose por el otro á otra pieza sólida, la cual tiene un agujero central en forma de rosca por donde pasa un tornillo fuerte que empuja las dos ramas separándolas. El tornillo está dispuesto de manera que en ~~el momento~~ pueden separarse por completo las ramas, de la siguiente disposición de este instrumento lo mismo que la de los conductos permiten la asepsia completa de ambos instrumentos.



Figura 8<sup>a</sup>.



Instrumentos de Troin (1901) (1)

a. introductor. - b. varios tubos. - c. extractor.

d. Seda del operador preparada para la extracción.

Una de las últimas modificaciones de los instrumentos para la intubación es la de Troin; su introductor (Figura 8.ª a), no es más que el pri-

(1) Dibujo copiado de L. Troin. - La presse medicale - París 28 de Abril de 1901.



mero de Esakiris modificado y perfeccionado; consiste en un mango al cual va unida su rama inferior fija, acodada en ángulo recto en su extremidad anterior; la rama móvil se desliza por encima de la fija quedando sostenida por tres o cuatro rebordes laterales, y se termina al nivel del mango por un abultamiento a manera de botón en donde se adapta perfectamente el dedo pulgar, el cual empuja la rama móvil, abriéndose ambas de una manera paralela, sosteniéndose así el tubo; encima de la porción tubar del introductor se ha colocado un reborde que sirve de paro y además obtura completamente el orificio del tubo. Este introductor es sólido de fácil manejo y desmontable.

El extractor propuesto por Frutos (Figura 8- c.), está formado por un reborte de acero, que se aplica sobre la parte superior de la tercera falange del dedo índice que se fija por arriba al nivel de la articulación



falangino-falangética, por un semicírculo de hilo metálico y que se ata sobre el dedo mediante un cordónete (Figura 8.-d.), el resorte se termina por un pequeño botón en su parte dorsal y un reborde en la parte opuesta que permite su completa adaptación a la uña; este botón es suficientemente grande y redondeado para no herir la mucosa durante la operación.

Los tubos que emplea S. Froin (Figura 8.-b), son algo parecidos a los últimos de Esakiris; su extremidad superior o cabeza es redondeada por su cara inferior como los de O'Dwyer, pero su cara superior está escavada como los del Dr. Berg-Arendauro, y presentan en su parte posterior un agujero al que se adapta el botón deflactor para la detubación; su porción principal se ensancha un poco como los de Esakiris y de O'Dwyer, terminándose por una aleta como los de Esakiris con la diferencia que en los de Froin

es recta en vez de inclinada como los del otro; además la extremidad del asa es plana en vez de redondeada de manera que forma el asa una especie de estrito; con esta disposición pretende el autor facilitar la entrada a la laringe venciendo mejor si hay estenosis y franqueando las cuerdas vocales; el diametro es como los de Perez-Brendano algo mayor que el de los tubos de Odwyer y su longitud, tambien mas pequeña

El autor se sirve del abrebozas de Denhard construido y arreglado por Collin que es el mas comun y corriente.

En fin, Ignacio Dionisio (de Torino), para entar la obstruccion lenta de los tubos, hace practicar una serie de orificios circulares de un milimetro de diametro, a poca distancia del extremo ~~del~~ tubo y otra serie análoga en la ~~extremidad~~ ~~del~~ ~~tubo~~ ~~y~~ ~~otra~~ ~~serie~~ ~~análoga~~ ~~en~~ ~~la~~ ~~extremidad~~ ~~del~~ ~~tubo~~; el número de orificios es de siete en cada corona, pudiéndose ~~acercar~~ ~~o~~ ~~alejar~~ ~~según~~

opinion de dicho autor sin que se resienta en nada la solidez del tubo. Con esta modificación que puede adaptarse a toda clase de tubos, pretende el Doctor Dionisio evitar el peligro de la obstrucción lenta, puesto que el aire pasa por los orificios; evita tambien la expulsión brusca del tubo por un acceso de tos, puesto que el aire tiene mayor paso; y además el aire que penetra por los orificios evita ó al menos disminuye el deposito de mucosidades en las paredes de los tubos, evitandose con esto la obstrucción lenta. Esta modificación ha sido experimentada por el Doctor Casassa en el hospital "Carnedev du Savoie", el cual confirma todas las ventajas observadas y manifestadas por el autor de esta modificación



---

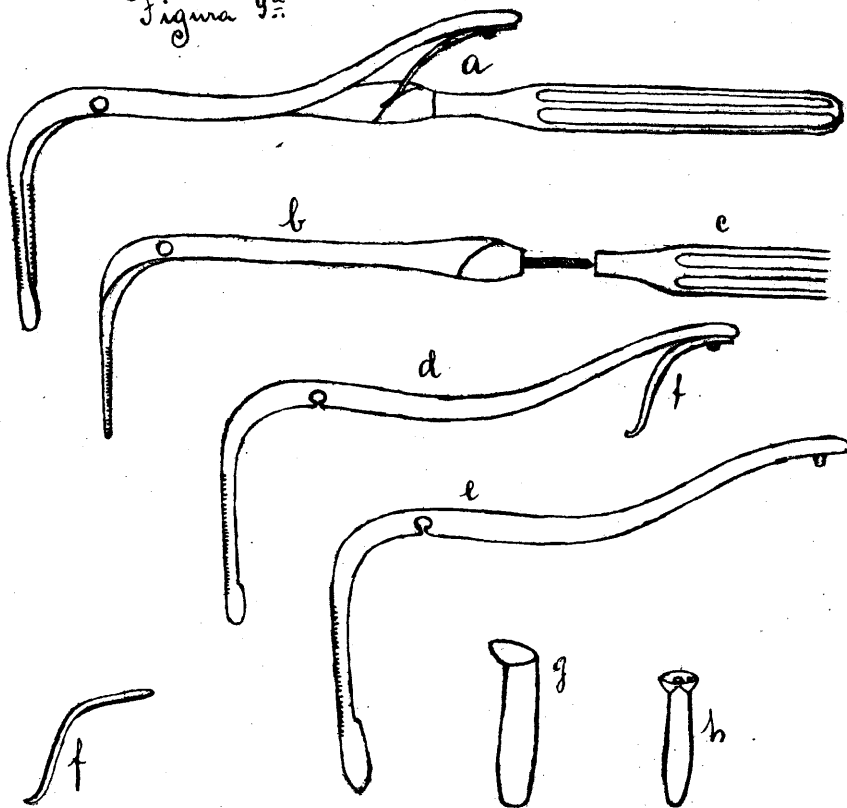
Vamos ahora a ocuparnos de la pieza que tengo el honor de presentar a vuestra consideración y que, sin mérito alguno por mi parte, me he hecho construir muy recientemente. Estudiando detenidamente las ventajas y los inconvenientes de todos los instrumentos hasta ahora ideados para la intubación, divididos en los dos grupos que hemos estudiado, me sugirió la idea de reunir en un solo instrumento, las ventajas de los instrumentos con mandril, teniendo a la vez la sencillez de los que prescindían de este accesorio; después de varios intentos concebí, tomando como modelo la pieza del Dr. Perey-Breidano, la modificación de este instrumento que como vais a ver en su descripción es casi idéntico a este, del que di-

fiere solamente en una de sus ramas.

La pinza que nos ocupa (Figura 9.-a) consta como todas las de su clase de un mango metálico (Figura 9.-c) al que se atornilla un tallo que forma la rama fija (Figura 9.-b), esta poco antes de su extremidad libre, se acoda formando un ángulo ligeramente agudo, como la de Deguy-Weill, para hacer mas fácil la entrada del tubo en la laringe; la otra rama (Figura 9.-d. e.), se articula con esta y por su extremidad posterior, un poco ensanchada, corresponde al dedo pulgar; su extremidad anterior es la que ha sufrido la modificación, en vez de terminar como las otras casi en punta y tener la misma longitud que su compañera, es algo mas larga, acodándose tambien de la misma manera y terminando en forma ligeramente olivaria, en pulimentada y redondeada; esta rama es la que viene a sustituir el mango de los instrumentos de este grupo; estas dos ramas estan articuladas de tal modo que se abren casi



Figura 9<sup>a</sup>

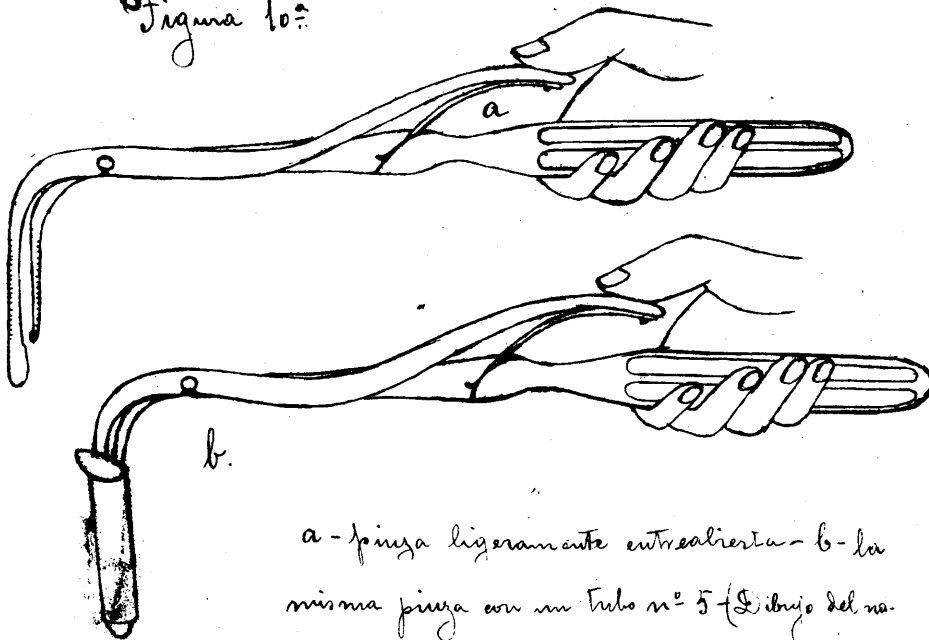


Pinzza para la introducción y extracción de los tubos. (1)

a.- Pinza completa - b.- Rama fija desarticulada - c.- d.  
Rama móvil pequeña - e.- Rama móvil grande - f.- resorte.  
g. tubo n° 5 de perfil - h. tubo n° 2 de perfil

(1) Dibujo copia del natural - todo es latón - tamaño natural

Figura 10<sup>a</sup>



a - pinza ligeramente entrecalierta - b - la misma pinza con un tubo n<sup>o</sup> 5 (Dibujo del natural, mitad de su tamaño)

paralelamente (Figura 10-a), asegurando así  
mas la solidez y evitando los deslices de los  
tubos, cuando raras presentan en la cara ex-  
terna de su porción anterior, una superficie  
dentellada, como las otras de esta cla-  
se. Un resorte (Figura 11) en la  
parte posterior y articulado con la rama  
móvil, mantiene con firmeza y presen-  
temente aproximadas las dos ramas. Para



62  
mayor comodidad y á fin de que el instru-  
mento se adapte bien á todos los tubos, he  
hecho construir dos ramas móviles, exacta-  
mente iguales en cuanto á su forma, difieren  
solo en cuanto al tamaño de su porción  
olivar, pues la una tiene un foro mas lar-  
ga y más gruesa esta parte terminal que re-  
presenta el mandril; la rama pequeña (Fi-  
gura 9.-A), sirve para los tubos números 1, 2 y 3  
(Figura 4.-a.) y si se quiere para el número  
4, y la rama mayor (Figura 9.-B), sirve pa-  
ra los números 4, 5 y 6 y caso necesario puede ser-  
vir también para el número 3. Todo el instru-  
mento es articulable y desmontable con suma  
facilidad.

Los tubos que he adoptado son los que em-  
plean los Dres Deguy y Whetstone (fig. 9. g. h.  
y figura d-c), que son sin duda en todas las  
mejores condiciones; al ocuparme de estos ins-  
trumentos me he ocupado ya abundantemente  
de estos tubos lo que me ahorra una descrip-

ción para no repetirla. Lo mismo puedo decir por lo que se refiere al abrotocas.

## Jeringuilla de Bayeux

Para poner pronto final á la descripción de los instrumentos para la intubación y á manera de apéndice, voy á describir la jeringa ideada por Bayeux y que sirve para inyectar generalmente algunas gotitas de aceite comestible, en el interior de la laringe, ó del tubo.

Esta jeringuilla (Figura 11) como otras, tiene el cuerpo de bomba de cristal y cubierto casi en su totalidad por una plancha metálica de manera que solo deja una pequeña abertura de forma oval, á manera de jeringuilla en su parte dorsal; á esta plancha por su parte inferior y opuesta á la abertura, está unido un mango, también metálico, largo y en-



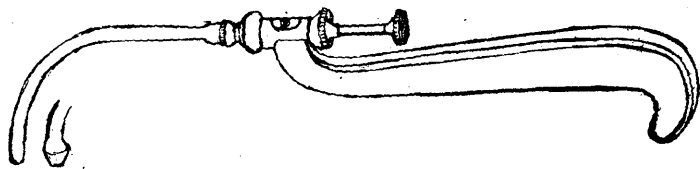


Figura 11. — Jeringuilla de Bayonete.

comado en sus extremidades, al extremo de la jeringa se une y curvada un tubo largo y encorvado tambien, destinado a introducirse dentro del orificio del tubo; la jeringa lleva tambien otro tubo análogo al anterior pero con la punta olivar que sirve para inyecciones directamente a la laringe. El embolo es de amianto para que no se altere en contacto con el aceite. La cabida total es de dos gramos.



## Ventajas e inconvenientes de los instrumentos para la intubación

Una vez descritos y estudiados los mas importantes instrumentos que desde Bonet y mejor aun desde O'Dwyer, han ido ideando y construyendo los diferentes autores que han estudiado este punto tan interesante de la ciencia; una cuestion salta a la vista y es, ¿que instrumentación o caja de instrumentos se hace mas recomendable, cual presenta mas y mejores ventajas y menores inconvenientes? He aqui una cuestion sencilla a primera vista, y de difi-

cil resolución una vez meditado. Lo primero con que tropiezan es, á que grupo de instrumentos debemos dar la preferencia, á los que prescinden del mandril, ó bien á aquellos que lo consideran interesante é indispensable; no cabe ninguna duda que ambos tienen sus argumentos en pro y también en contra.

Los defensores del mandril, aportan como ventajas principales, el que permite mejor la entrada del tubo, franqueando fácilmente la abertura superior de la laringe, y venciendo el espasmo que puede presentarse algunas veces; es mejor su paso por entre las cuerdas vocales sin herirlas; además, como que el mandril obtura el tubo evita que durante el acto operatorio penetren en su interior mucosidades y falsas membranas que podrían ocluir el tubo y ser causa de lamentables equivocaciones. Y por fin con los tubos con mandril una vez terminada la operación, y el tubo retirado, se nota la respiración con un sonido metálico ca-



característico que indica que el tubo ha penetrado en su sitio.

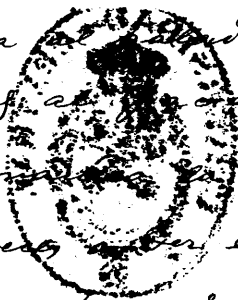
Los partidarios de la supresión del mandril dicen que este es un accesorio mas inútil que ventajoso, puesto que además de complicar mucho el instrumento, todas las ventajas que le atribuyen sus secuaces son mas bien teóricas que prácticas. Una de las ventajas atribuidas al mandril es mas bien un inconveniente, esto es la que se refiere a la obturación completa del tubo, para notar la respiración una vez retirado aquel; con esto lo único que se logra es accentuar la disnea o asfisia del enfermito, pues aunque el acto operatorio no debe durar mas que algunos segundos, puede por cualquier accidente o dificultad prolongarse obligando al niño a permanecer sin respirar, exponiéndolo en esto a la asfisia y favoreciendo la producción de los síncope que pueden poner en gran peligro la vida del paciente. Tam-

bien dicen estos autores, que suprimiendo el man-  
dril pueden simplificar muchísimo el instru-  
mental, lo que no deja de ser una ventaja  
muy positiva. Este es el ideal que han per-  
seguido todos los autores que han ideado las  
diversas modificaciones, unánimemente el prin-  
cipal objeto de sus adelantos ha sido la simpli-  
ficación, acompañada de la solidez, con esto van  
unidas la simplicidad en el manejo, la fa-  
cilidad y seguridad de desinfección, su mejor  
y más fácil conservación y sobre todo la ma-  
yor rapidez en el acto operatorio.

No cabe duda pues que tanto los unos co-  
mo los otros tienen sus ventajas y también  
inconvenientes; guiado por aquellas y con  
el objeto de evitar estos, se hecho construir  
la pinya antes descrita y que se ha de hacer  
notar los inconvenientes de los  
instrumentos antes descritos. En resu-  
men de este capítulo exponeré sus ven-  
tajas.



En los primitivos instrumentos de Edmundo, uno de los inconvenientes mas capitales, es la manera de atornillarse el mandril al introductor, mediante una rosca, este mecanismo dificulta en gran manera la operacion, sobretodo en aquellos casos que hay necesidad de cambiar el tubo por otro, durante la misma, maniobra que siempre requiere mas tiempo que la misma operacion; ademas siendo complicado el instrumento es mas facil echarse a perder, es de mayor coste material y mas dificilmente desinfectable. En cuanto a la pinza o extractor, tiene el inconveniente que su parte encurvada es demasiado larga y penetra poco en el tubo y una vez unida a este, cuando va a hacerse la extraccion el angulo de la pinza toca la pared, causando verdaderas molestias al paciente y dificultando en gran manera la extraccion llegando algunas veces a ser esta casi imposible. Ademas como hebre dos ar-





70  
Tirulaciones es de poca solidez y de difícil des-  
infección; la extremidad que penetra dentro  
de los tubos entra muy pegada y como que  
se abre en ángulo muy pronunciado, solo se  
adapta al tubo en dos puntos de manera que  
resbala con mucha frecuencia

El abrotoas, no se hace recomendable  
por ser incómodo de manejar, y fácilmente  
resbala exponiendo a mordeduras al ope-  
rador.

Por lo que toca a los tubos, tienen la cabe-  
za demasiado gruesa y como que es muy convexa  
la epiglotis no se adapta bien y <sup>no</sup> permite al pacien-  
te tomar líquidos sin que se estos penetre una pe-  
queña cantidad dentro de la laringe; además como  
que son en extremo largos, descienden dentro de la  
traquea hasta la horquilla del esternon y por  
este motivo es imposible casi la <sup>aspiración</sup> e  
nucleación por el procedimiento <sup>de aspiración</sup>  
del que me ocuparé mas adelante. <sup>Segun-</sup>  
do la cabeza de estos tubos redondeada y con-

71.  
vepa, la introducción del extractor es en ex-  
tremo difícil, pues si no se introduce bien den-  
tro del orificio del tubo, rebota siempre a uno de  
los lados, todos los tubos van provistos de un mandril  
que tiene una articulación en su parte media,  
la cual al apretarse, hace que sea mucho más  
frágil exponiéndonos a que se rompa, como ha  
sucedido alguna vez, durante la operación cayen-  
do una parte dentro del árbol respiratorio y pro-  
mociendo en grave peligro la vida del pacien-  
te; además esta articulación dificulta su lim-  
pieza y desinfección.

Mucho más simplificado que los an-  
teriores son los instrumentos de Collin-Ber-  
geus-Sevestre, pero no obstante y esto tienen  
algún defecto de fácil solución.

El introducido, aunque simplificado tie-  
ne el inconveniente que el tubo que sujeta  
fija el mandril, queda por ende re-  
tocado por cualquier cosa, y al intentar soltar  
el mandril y el tubo, acontece este que



72  
si sucede mientras el operador introduce el tubo puede este caer en el esófago, y gracias al hilo de seguridad, no penetra dentro del estómago, pero de todos modos dificulta siempre la operación; este accidente tiene mayor peligro si sucede cuando el tubo está ya colocado y desprendido del mandril, pues si sucede en este caso es decir al retirar el mandril este puede caer dentro del esófago y como que no tiene hilo fijador será difícil o imposible de extraer. Además la extremidad del depresor se confunde muy fácilmente con la cabeza del tubo, y se encuentra muchas veces que el operador, con el índice de la mano izquierda, empuja a quella en vez de esta. Dos inconvenientes de relativa importancia que quedan solventados con los instrumentos ~~propuestos~~ posteriormente.

El extractor, aunque ~~no es muy~~ sencillo, presenta el mismo inconveniente que el de Dryer, es decir, teniendo la forma parecida afe-



ce las mismas dificultades para la extracción de los tubos. Estos por tener la cabeza parecida o igual a los de Odwyer, tienen sus mismos inconvenientes, solo se ha solucionado la cuestión de la elevación, pues siendo mas cortos no descienden tanto, y permiten casi siempre realizar la maniobra de Bayeux; pero cuando esta es imposible por cualquier causa, y sea precisa la extracción instrumental, entonces debemos luchar con las mismas dificultades anteriormente mencionadas.

En cuanto al instrumental de intubación con mandril, no hay duda que el mas simple y con mayores ventajas es el ultimamente ideado, este mismo año por M. Deguy y B. Waillat. Como hemos visto en la descripción el introducir les sirve de extractor solo atornillando las dos ramas, que se articulan con facilidad. No puedo hacer comentarios de este instrumento con fundamento pues no he tenido ocasión de ver su funcionamiento. Solo puedo afirmar

74  
que todos los instrumentos con manivela articulable resultan mas complicados que los que prescinden de el; y ademàs me parece que presentando en el ángulo mismo del instrumento todas las articulaciones, estas han de molestar y dificultar algo su funcionamiento puesto que à la fuerza han de rozar mas ó menos con el velo del paladar, y si no se va con mucho cuidado será facil producir ligeros desgarros en aquella membrana, y por este motivo me parecen mucho mas cómodos aquellos instrumentos que en vez de presentar ángulo, tienen una forma circular, y esta disposición es la que tienen la mayoría de pinzas introductor-extractoras.

Hasta aqui los instrumentos del primer grupo, vamos ahora à ocuparnos de los del segundo; no hablo ya de la pinza de Tersun que ya he desechado en su descripción, me ocuparé en primer lugar de los instrumentos de Ferraud, para continuar con los demás

75  
descriitor. Este autor <sup>75</sup> fue uno de los primeros en  
considerar inútil el mandril y en suprimirlo,  
y además en reunir en una sola pieza el intro-  
ductor y el extractor, simplificando así la ins-  
trumentación. Aunque muy simplificadas, no  
por esto escapa de algunos defectos: en pri-  
mer lugar el introductor-extractor, está cons-  
truido de manera que sus muchas piezas  
hacen poco sólido el instrumento y poca fa-  
cilidad para su desinfección; además esta  
pinza se acoda en ángulo ligeramente ob-  
tuso lo que hace que sea mucho más fá-  
cil la caída de los tubos en el esófago; como se  
ha visto en su descripción la rama móvil va  
unida en su parte posterior con una cremal-  
lera que mas bien sirve de estorbo que de uti-  
lidad para su funcionamiento como lo  
reconoce su mismo autor.

El autor propone sustituir la mayor par-  
te de veces, el abre bocas por el dental protector,

(1) P. Ferrout. "L'intubation du larynx" página 26. Lyon 1894

instrumento que se fija muy mal y que con una extraordinaria facilidad resbala, dejando al dedo sin protección y expuesto a las consiguientes mordeduras, como ha sucedido algunas veces; y además el dedo provisto del dedal queda imposibilitado de hacer ciertos movimientos que son muchas veces indispensables.

La cabeza de los tubos de Ferroud, es parecida a los de O'Dwyer, y por tanto huelga decir que tienen los mismos defectos que aquellos, pero con la excavación de su cara superior se ha logrado que sea más fácil la entrada de la pinza; También ha modificado su extremidad inferior, cortándola en bisel, de izquierda a derecha, corte que ha dificultado la intubación, puesto que la punta no coincide con el borde del índice del explorador y por este motivo se hace difícil, el introducir el orificio superior de la laringe.

De los instrumentos de Cooker, no tendría

77.  
casi necesidad de ocuparme. pues la descrip-  
ción sola sería suficiente para hacerse cargo de  
su complicación y casi podemos decir de su in-  
utilidad; esto referente a los primeramente  
ideados; en cuanto a los otros, recomienda el au-  
tor tres pinzas-tijeras, como introductores, dos de las  
cuales son completamente inútiles y de difícil  
manejo como puede comprenderse, pues la  
mano derecha queda muy ocupada, tenien-  
do poca libertad para maniobrar. Además  
los tubos son de una forma especial y su extre-  
midad inferior terminada casi en punta, hace  
imposible la enucleación por el procedimien-  
to de Bayeux; y por añadidura los tubos son de alu-  
minio y ya sabemos que este metal es muy pro-  
roso, se altera fácilmente, y al retirar los tubos  
se encuentran todos recubiertos de esas con-  
creciones orgánicas.


Los instrumentos de Legros son  
inconvenientes que en mismo al ser  
modificando, viniendo a pararse la mis-






18  
una pinza del Dr. Perey-Arendano, y que por ser  
idéntica a la de este autor me ocuparé mas a-  
delante. Egidi recomienda ultimamente los tu-  
bos de ebonita, diciendo que los ha empleado con  
excelentes resultados.

Como acabo de decir la pinza de Egidi es  
exacta a la de Perey-Arendano, por lo tanto to-  
do lo que diga de esta puede aplicarse a aque-  
lla. Como puede verse, la caja del médico argen-  
tino es una de las que reúnen mejores condicio-  
nes, es sin duda entre las de su género la mas  
recomendable, por su simplicidad, solidez, fá-  
cil manejo, etc. El introductor que tambien sir-  
ve de extractor, es el colino de la sencillez, sin  
dejar por esto de ser muy sólido, al contrario,  
lo es mucho mas que los otros mas com-  
plicados. Los tubos como que presentan en su  
cabeza una escavacion, facilitan pende-  
mente la entrada del extractor, para los casos  
que es imposible la succesion, y no me-  
nester la extraccion instrumental. La



extremidad inferior está cortada en bisel, pero en sentido contrario á los de Ferrand, es decir, colocados en posición están cortados de arriba abajo y de derecha á izquierda, de manera que la punta del tubo coincide con el borde del dedo índice y así se facilita mucho más y se hace más cómoda la introducción, puesto que la punta del tubo no abandona nunca al dedo que le sirve de guía seguro. Estos tubos presentan el mismo inconveniente que todos los cortados en bisel, es decir que hacen difícil la emucleación por el procedimiento de Bayeux; puesto que al ejercer la presión encima de la tráquea para emuclearlos, dan media vuelta, colocándose la punta del tubo en la pared posterior de la tráquea, haciendo entonces imposible la emucleación; aunque esto se presenta muy raras veces, es fácilmente evitable con los tubos de Deguy-Weill. Además,  los tubos que no están más o menos obturados

por el mandril, tienen el inconveniente de poderse llenar de mucosidades y falsas membranas durante el acto de la intubación quedando obstruidos inmediatamente. En cuanto al alreboes, no le veo ninguna superioridad, ni Tampoco es inferior al recientemente construido por Collin que va en las cajas de intubación de aquellos autores.

Los instrumentos de Froin, principalmente los tubos presentan algunos graves inconvenientes. El introductor es sencillo y bonito, pero obstruye completamente la luz del tubo y no permite la respiración. El inconveniente principal de los tubos reside en su extremidad inferior, que está en forma de aleta aplastada lo que hace imposible del todo la empujación por la maniobra de Bayonet, puesto que al intentarla el tubo se desliza sobre su eje vertical, además como se ve en el ángulo, el vértice de este daña a las paredes de la tráquea facilitando las hemorragias.

81

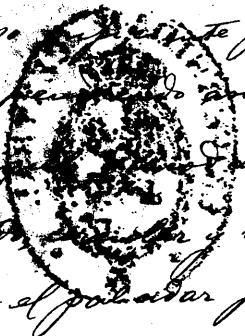
El procedimiento de extracción de Trovir no puede aceptarse de ninguna manera, puesto que la mayoría de veces será imposible de realizar, pues verificando una ligera presión sobre el tubo, o cuando este haya descendido ya naturalmente, un poco dentro de la laringe, será imposible encontrarlo y extraerlo; además el del extractor que se adapta encima de la uña, debe rebasar un poco la extremidad de esta y por tanto del dedo, lo que hace muy difícil la impresión táctil puesto que la impresión de la sensación del tubo debe transmitirse primero primero por el botón.

La modificación aportada por Dionisio en los tubos la creo muy aceptable, reconociéndole sus ventajas y no encontrándole a mi modo de ver ningún inconveniente de interés.

En resumen: los instrumentos del primer grupo son algo más sencillos que los del segundo; en cambio estos últimos al-



gunos inconvenientes que ya he mencionado,  
 principalmente el que se refiere a no obtu-  
 rar la luz del tubo hasta su extremo y per-  
 mitir por esto, la entrada de mucosidades y  
 falsas membranas durante la operación que  
 obstruyan el tubo. Con la pinza que de-  
 presento creo haber podido reunir todas las  
 ventajas de ambos grupos, habiendo sobre-  
 nado tambien sus inconvenientes, reu-  
 niendo en una sencilla pinza, los dos gru-  
 pos antes dichos. En primer lugar la rama  
 móvil de la pinza o rama larga hace las ve-  
 ces de mandril, sobresale unos dos milímetros  
 del nivel del tubo, le sirve de guia, evitando a-  
 si el tener que cortarlo en bisel, obtura a este  
 suficientemente para evitar la entrada de falsas  
 membranas y ademas deja pasar bastante pa-  
 ra penetrar el aire no suspendiendo a la  
 respiración del enfermo. El ángulo de unien-  
 to del instrumento es redondeado y muy  
 liso, evitando así los roces con el pulmón faci-



litando por tanto sus movimientos y operación; es una pinza muy sencilla, de fácil manejo, sólida y desmontable con suma sencillez y por tanto de fácil limpieza.

Los tubos de Deguy-Weill que son los que mejor se adaptan a esta pinza, pues a este objeto ha sido construida, son los que presentan más ventajas, pues tienen la cabeza escavada para facilitar la entrada del extractor, el cuerpo abombado para hacerlos más estables, y su diámetro interior, bastante grande, permite el paso de enormes falsas membranas. Su extremidad inferior redondeada y bien pulimentada y juntamente a esto su longitud ni muy larga ni muy corta, todo a propósito para facilitar en todo lo posible la extracción de los mismos por la maniobra de la pinza, siendo este punto tan interesante en cualquier tubo que no permita esta operación, debemos por este solo hecho, recomendarlo incontinenti.

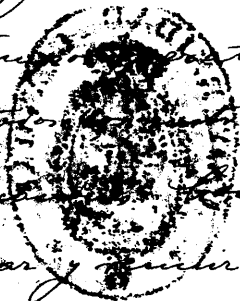


Para emplear la pinza como extractor, nos valdremos siempre de la rama corta, y como puede penetrar bastante dentro del tubo, este resbalará con muchísima dificultad, puesto que la pinza ya está construida para este objeto, con la cara externa de las ramas, dentellada, de manera que todo hace que una vez cogido el tubo, este queda fuertemente adaptado siendo casi imposible el desprenderse.



## Manual operatorio Técnica de la intubación

Siendo tantos los instrumentos que se han ideado para la intubación, se comprende fácilmente que sería tarea larga y pesada describir la Técnica operatoria que debe emplearse en cada caso; pero como que todos los instrumentos son algo parecidos, con la descripción de los diversos tiempos operatorios, pueden estos referirse a casi todos los instrumentos con solo ligeras modificaciones. En este objeto procuraré simplificar y reducir los diversos tiempos operatorios, refiriéndome a la





86  
pinza que yo he modificado, describiéndolos de  
manera que puedan adaptarse a cualquier  
otro de los instrumentos mas usuales y antes  
descritos.

Desde luego debemos dividir la operación  
en dos partes completamente distintas y opues-  
tas: estas son la intubación propiamente  
dicha o introducción del tubo dentro de la  
laringe, y la detubación o extracción del mis-  
mo.

#### a.) Intubación propiamente dicha.

Para simplificar mas este punto lo divi-  
diré en dos partes, primeramente me ocu-  
paré de los preliminares o preparativos pa-  
ra la operación y luego de la operación  
propiamente tal.

Consisten los preliminares de la opera-  
ción en la preparación del enfermo, de los  
instrumentos, del operador, de la anestesia y colo-

87  
cación e instrucción de los ayudantes, y coloca-  
ción del operador.

Cuando no se trata de un caso de una  
cha urgencia, prepararemos al enfermo con  
irrigaciones antisépticas de la garganta, evi-  
tando con esta precaución la entrada de germen-  
es patógenos dentro de la cavidad laríngea.

Los instrumentos, se escogerán todos  
los necesarios y además un tubo inme-  
diato superior y otro inmediato inferior  
al correspondiente a la edad del enfermo.  
Todos los instrumentos se esterilizarán  
convenientemente dentro de la estufa; quan-  
do nos encontremos en una casa particu-  
lar, en la que esto nos será imposible, de-  
beremos hervirlos en agua (con adición  
de biclorato sódico para evitar la oxidación),  
durante unos cinco minutos al menos,  
y luego colocarlos en una solución de  
opioanuro de mercurio. El agua por mil;  
esta sustancia, se ha comprobado que

Tiene mejores propiedades antisépticas que la solución fenicada y como esta tiene la ventaja sobre el sublimado corrosivo, de no alterar las sustancias metálicas. Una vez esterilizados los instrumentos, se dejaron en la misma cubeta y se colocaron al lado del paciente. El operador se lavará bien las manos primero con jabon y cepillándose las uñas, luego con una solución antiséptica que podrá ser la misma de opocianuro de mercurio al uno por mil como aconsejan Marfan, Deguy y Weill. Luego se procederá a la distribución de ayudantes; uno de ellos tomará al enfermo, lo envolverá en una sábana de manera que quede inmovilizado cuidando, no obstante, que no sea difícil de desenvolver, para los casos de tiempo o aquellos que hacen necesaria una ~~res-~~ respiración artificial, si otra intervención, lo detendrá entre sus rodillas, con las que aprisionará y sujetará fuertemente los miembros abdo-

minales del Paciente; cuando no podamos disponer mas que de un ayudante, este se sentará en una silla, siempre mas alta que la destinada al operador (y no mas baja como dice el Dr. Barberá (1)), y procurará con las piernas sujetar bien al enfermito, con la mano izquierda tendrá inmovilizado el tronco y miembros torácicos, y con la derecha sujetará la cabeza de manera que quede esta bien fija para facilitar la operación; siempre que se trate de un niño algo grande y rebelde será imposible intentar la operación sirviéndose de un solo ayudante; en estos casos y siempre que no sea posible, nos valdremos de dos ayudantes, que los colocaremos de la siguiente manera: el primero como ya se dicho antes, se sentará en una silla y mejor aún en un taburete, colocándose el enfermito en su seno, sujetará con sus piernas las del paciente, de la misma manera que acaba de ver, ahora.

(1) Dr. Barberá. - "La intubación" - página 16) - Valencia 1897.

90  
ra bien, con ambas manos sostendrá y fijará  
bien los miembros torácicos, dejando la cabeza  
en libertad, de la que se encargará el otro ayu-  
dante; este colocado de pie detrás del anterior,  
sujetará la cabeza del enfermo, con ambas  
manos teniendo los pulgares dirigidos hacia  
el occipucio para mayor fijación, y pro-  
curando al mismo tiempo con la mano iz-  
quierda asegurar en su posición el abrebo-  
caj y evitar que este se mueva; este ayudan-  
te deberá procurar que la cabeza esté bien  
quieta y en posición completamente verti-  
cal y no inclinada hacia atrás o en exten-  
sión como han querido recomendar algu-  
nos autores, pues esta extensión dificulta  
la operación. Los profesores que se valen de  
un tercer ayudante, este es encargado de  
sostener el abrebo-caj; no dire que sea un  
estorbo pero me parece que es un exceso de  
lujo de personal.

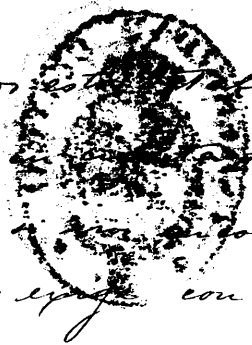
Una vez distribuido los ayudantes en es-

91  
ta forma, el operador les recomendará mu-  
cha serenidad y sangre fría, cuidando bien  
cada cual de su cometido, esto en una casa  
particular, en un hospital los enfer-  
meros ya están más versados en esta clase  
de trabajos y no necesitan de muchos conse-  
jos; entonces el operador se sentará frente por fe-  
te del enfermo, tomará los instrumentos, em-  
badurnando un poco la punta del introductor  
y la parte inferior del tubo, con aceite men-  
tolado al cinco por ciento; se asegurará del  
buen funcionamiento del instrumental y  
procederá a la operación. Esta operación  
tiene la ventaja de no exigir una gran can-  
tidad de luz, lo mismo puede hacerse en un  
na habitación muy clara que en una que  
apenas se distinguen los objetos muy al  
contrario de lo que sucede en los traques-  
tómia Después de todos estos prelimi-  
narios que parecen insignificantes, pero que no  
puede olvidarse ni el más pequeño



el operador tomara el abrebrocas y lo colocara entre los arcos dentarios, por entre los molares posteriores, de la parte izquierda del paciente; á veces se encuentran niños que se niegan rotundamente á abrir la boca, en cuyo caso es preciso valerlos más de la Táctica que de la fuerza, para lo cual tomaremos una cuchara de madera, nueva, e introduciéndola por entre la mejilla y el arco dentario hasta la faringe, produciremos el reflejo nauseoso y el niño abrirá indistintamente la boca, aprovechando esta ocasión para meter el abrebrocas, una vez introducido nos será ya fácil colocarlo en buena posición y dejarlo bien inmóvilizado y asegurado, procediendo entonces á la intubación propiamente tal.

Claro está que todos estos procedimientos los aplicaremos y tendremos siempre que nos sea posible; pero cuando nos encontramos frente de un enfermo que exige con urgen-



cia una pronta intervención y no es imposible alguno de los requisitos antes mencionados, prescindiremos de ello y operaremos de la mejor manera posible, adaptándonos a las circunstancias urgentes del caso.

Vamos ahora a ocuparnos de la intervención propiamente dicha, dividiéndola para mayor simplicidad en cuatro tiempos operatorios. Ante todo, una vez sentado el operador frente del enfermo, cogerá el introductor, con la mano derecha y procurando que los cuatro dedos estén debajo del mango y lo sostengan por sí solos, y el pulgar encima para comprimir la palanca de la rama libre y así sostener el tubo fijo al introductor; el hilo fijador lo pasará por el lado del mango colocándose entre los dedos índice y meñique de la mano derecha, procurando que no quede enrollado y asegurando que el nudo siempre quede en la parte exterior; el operador debe sostener fuer-



94  
te y fijo el instrumento, pero debe operas con  
ligereza y mucha suavidad, para evitar la  
producción de falsas vías.

Primer tiempo. - Búsqueda de los puntos de refe-  
rencia. - Para esto una vez abierta la boca del  
niño, con el abrebocas, se introduce el in-  
dice de la mano izquierda directamente  
dentro de la garganta, y en seguida encontra-  
rá un pequeño reborde formado por la epi-  
glotis, muchas veces esta está aplicada sobre  
el orificio de la glotis, en cuyo caso el operador  
la levantará suavemente con el dedo aplicán-  
dola sobre la base de la lengua, dando en se-  
guida en busca de los cartilagos aritenoides que  
encontrará facilmente. dando la misma sen-  
sación que si uno se toca con el pulpejo  
del dedo la punta de la nariz como nos  
decia Marfan. Una vez el operador está bien  
seguro que tiene el dedo en la punta del ori-  
ficio de la glotis, tocando con la punta de  
aquel la cabeza de los cartilagos aritenoides,

procurará seguir bien los movimientos de elevación y descenso de la laringe, fijándola solo en el momento de la introducción del tubo.

Segundo tiempo. - Entrada del introductor. - Colocación del tubo encima del orificio de la glotis. - Con la mano derecha provista del introductor armado del tubo correspondiente, que debe colocarse con el reborde de la cabeza hacia fuera del instrumento, tal como indica la figura 10-(b), introduciremos, este, primero de manera horizontal, es decir el tubo siguiendo el eje del dedo guía, de modo que el mango del instrumento tenga una dirección horizontal y perpendicular al eje del dedo, hasta llegar a la base de la lengua, entonces a medida entra vamos dando vuelta al instrumento de manera que de horizontal que era y paralelo al plano transversal del cuerpo, viene a colocarse perpendicular a este, describiendo un arco de círculo, quedando en

96

este momento el introductor bien en la línea mediana de la boca; en este instante tornamos ya el tubo encima del orificio superior de la laringe. Durante toda esta maniobra, la punta del tubo no debe abandonar ni un solo momento el borde del índice izquierdo que le sirve de guía. Este tiempo operativo es, algo diferente al descrito por todos los autores, que he tenido ocasión de ver y consultar, pues todos aconsejan, colocar el instrumento, desde el primer momento en la línea mediana de la boca, es decir el tubo o punta del introductor paralelo al eje de la lengua y el mango del mismo en un plano vertical. Yo creo mejor y por esto aconsejo el primer procedimiento, pues operando de aquella manera se tiene mayor tiempo operativo, porque con el segundo siempre la extremidad del tubo ~~se~~ <sup>se</sup> ~~apoya~~ <sup>apoya</sup> con la base de la lengua o el ángulo del introductor con el velo del paladar, lo que

97  
hará más molesta e incómoda la operación para el paciente y operador.

Tercer tiempo.—Entrada y descenso del tubo dentro de la laringe.—Retirada del introductor.—  
En este momento tenemos la punta del tubo coincidiendo con la del dedo guía. Para introducirlo dentro la laringe no abandonamos este guía; con un pequeño movimiento retiramos un poco el dedo y al mismo tiempo colocamos la punta del tubo en el pulpejo de aquel, de manera que este venga a caer casi por su propio peso dentro de la cavidad laríngea; para esta maniobra son muy cómodos los instrumentos que como mi pinza, están acodados en ángulo ligeramente agudo. Después de esto introducimos un poco el tubo, que si está bien colocado descenderá sin ninguna resistencia; llegado a este punto de la operación el dedo guía abandona completamente la introducción y va en busca de la cabeza del tubo, que

98

encontrará con facilidad, sobre todo operando  
con los instrumentos últimamente descritos;  
una vez encontrada y simultáneamente el  
dedo pulgar de la mano derecha aban-  
dona la presión que ejercía encima de la  
palanca o extremo posterior de la rama in-  
vil del instrumento, y gracias al resorte de  
que va provisto este, se juntan las dos ra-  
mas terminales, dejando así suelto el tu-  
bo, el cual es empujado hacia dentro de los la-  
rings mediante una ligera presión ejercida  
por el índice izquierdo. Al mismo tiem-  
po que el tubo desciende, la mano derecha  
suelta el hilo fijador y retira el introductor;  
hay que notar para esto que es preciso al reti-  
rar el instrumento, tener cuidado en seguir  
primero una dirección vertical, y un  
poco hacia atrás, a fin de que la punta del  
introducido siga perfectamente el eje del tu-  
bo; además al retirar el introducido procu-  
caremos seguir el mismo camino y posi-

ción que se aconsejando para introducirlo pero siguiendo la dirección contraria es decir deshaciendo el curso seguido.

**Cuarto tiempo.** - Colocación del tubo en su sitio definitivo. - Una vez retirado el introductor se coge el hilo fiador con la mano derecha y con el índice izquierdo se busca la cabeza del tubo, para cerciorarse de si está bien en su puesto, y en la mayoría de casos tendremos que apretarlo un poquito para acabar de descender el tubo y dejarlo en su sitio definitivo, lo que se reconocerá fácilmente pues cuando el tubo está bien colocado, con el índice se percibe por detrás de la cabeza del tubo la sensación de los cartílagos aritenoides, que remontan ligeramente. Claro está que esto se nota casi siempre pero, en aquellos casos que existe una inflamación considerable, será mucho más difícil y a veces imposible de percibir aquella sensación.

Fáltanos ahora para dejar terminada la operación, retirar el hilo fijador, (cuando por cualquier causa lo dejásemos solo nos faltaría retirar el abrebozas) y el abrebozas. Antes de retirar el hilo aconseja Perez-Arendano, retirar un momento el abrebozas y dejar al niño que respire con completa libertad para asegurarnos de la buena colocación del tubo; otros aconsejan la inyección de unas gotas de aceite mentolado para producir un acceso de tos; yo creo que esto es aun mejor, para lo cual nos servimos de la jeringuilla de Bayern u otra análoga que tendremos ya esterilizada con los demás instrumentos; para esta maniobra buscaremos ~~de~~ nuevo con el índice izquierdo la cabeza del tubo y con la guía ~~del tubo~~ introduciremos la punta de la jeringuilla, cargada esta, de aceite mentolado al cinco por ciento, dentro de la luz ~~del tubo~~ e instilaremos unas gotitas de este líquido den-

tro de la laringe, lo que producirá un acceso de tos, en el acto, al enfermito; entonces retiramos el abrebocas y le dejamos respirar con tranquilidad, durante algunos segundos; esta respiración tranquila y un sonido metálico muy marcado de la misma nos cerciorará de la buena colocación, y el acceso de tos, de la estabilidad del tubo; esta maniobra tiene la ventaja, á más de asegurarnos con el acceso de tos que el tubo está bien colocado, produce la expulsión de gran cantidad de mucosidades y falsas membranas que estaban desprendidas y que con facilidad hubieran podido obstruir la luz del tubo. Pasados algunos segundos, volvemos á colocar el abrebocas, colocamos el hilo en el lado interno del tubo y mejor que esto es aun colocar el hilo y de nuevo introducimos el tubo apretando, hasta encontrar la calce del tubo para fijarla, entonces con la otra mano



102

tomamos el cabo superior del hilo y tiramos de él lentamente para retirarlo, mientras que con el dedo izquierdo hemos cuidado que el tubo pudiera salir de su sitio.

Terminado todo esto se retira el abobac y dejamos al niño en libertad. Esto en aquellos casos que obtenemos por retirar el hilo, pero si queremos dejarlo, todo esto último será inútil, teniendo entonces la precaución de hacerlo pasar por detrás de los últimos molares y entre estos y la mejilla, saliendo por la comisura labial lo fijaremos, con una gota de colodion en la mejilla.

Con esto podemos dar por terminada la operación que describe en su descripción parece muy larga y complicada, siendo al contrario muy sencilla y que bien ejecutada no tarda de durar mas que algunos segundos, pues

103  
Todos los tiempos se siguen de una ma-  
nera rápida y simultánea.

## B). Detubación

Esta operación como su nombre in-  
dica consiste en la extracción del tubo de  
dentro la laringe dejando a esta libre del  
cuerpo extraño.

Hasta el año 1895, la detubación se ha-  
bía realizado siempre por medio de los diferen-  
tes instrumentos ideados por varios autores y  
descritos en su mayoría, en su sitio corres-  
pondiente. Varios autores habían ya preten-  
dido la extracción del tubo valiéndose de ma-  
niobras externas, pero Boyer fue el  
primero, y debido a la casualidad, que  
descubrió este gran procedimiento, el mas  
simple, mas rápido, mas defensi-  
vo y que menos molestias causa al pacien-  
te. El origen de este descubrimiento, co-

104

mis dice M. Sevestre (1) es muy curioso: "un  
"Sia que Bayeux se preparaba para detu-  
"bar a' un niño, trataba de hacerle abrir  
"la boca para colocar el abreboas, y apretan-  
"do la laringe para vencer la resistencia del  
"enfermito tuvo la sorpresa de sentir que el  
"tubo escapaba de su Sado y lo vio salir por  
"la boca: la posibilidad de hacer la detuba-  
"ción sin instrumento estaba demos-  
"trada y fue confirmada por los ensayos lleva-  
"dos a cabo los días siguientes."

Entonces el mismo Bayeux ejercitán-  
dose en el cadáver, llegó a reglamentar  
la Técnica de este procedimiento (2) como  
sigue: Una enfermera o un ayudan-  
te cualquiera coge al enfermo, se sienta en  
una silla y con sus piernas aprisiona las  
del paciente, mientras que con las manos in-

(1) - Grancher-Bomby-Marfais - "Grande Encyclopédie de l'enfance".  
pagina 682. - Artículo "Diphthérie" por Eschscholtz - Paris 1897.

(2) Médecine moderne - Mayo 1895

moviliza los brazos de aquel, cogiéndolos por su  
 parte superior, y llevándolos hacia atrás de ma-  
 nera que quede la cabeza y el cuello lo mas  
 despejado posible para facilitar así la li-  
 bertad y movimientos de la misma; enton-  
 ces el operador se sienta delante del enfer-  
 mito, cogiendo su cabeza con la mano  
 izquierda, colocando el pulgar en la  
 frente y los cuatro dedos restantes hacia  
 el occipucio; al mismo tiempo con la ma-  
 no derecha se coge el cuello del enfermo co-  
 locando los cuatro dedos en el pescuezo, dejan-  
 do libre el pulgar el cual de abajo arriba co-  
 menzando al nivel de la base del estern-  
 non, va en busca del anillo del cartila-  
 go cricoides, que distinguirá fácilmente por  
 sobrepase a los anillos de la tráquea; por  
 debajo del anillo cricoides se encontra-  
 rá la extremidad del ~~tráquea~~ <sup>tráquea</sup> en el mismo  
 momento y simultáneamente el ope-  
 rador empujará un poco el cuerpo del

enfermo hacia adelante y con la mano izquierda la cabeza hacia atrás, mientras que con el dedo pulgar apretará la extremidad del tubo que retrocederá hacia arriba; en seguida variaremos los términos, con la mano izquierda bajaremos la cabeza de manera que mire al suelo, dejando retroceder el cuerpo y diciendo al enfermito (en los casos que sea de suficiente edad para comprender bien). escuse, escuse, verenos que el tubo sale por la boca sin ninguna clase de dificultades.

Cuando por cualquier causa o motivo es imposible realizar la enucleación acabada de describir, tendremos que valer nos de los instrumentos antes descritos para este fin.

Para verificar la extracción instrumental es preciso colocar al enfermo en la misma posición exacta en la misma posición para la introducción que para la intubación, colocando tambien el abrebocas de la misma manera, todo esto siguiendo las recomendaciones de antisepsia de

107

las manos e instrumentos; el operador se sienta delante del paciente, cogiendo con la mano derecha el instrumento que como sabemos es la misma pinza introductora, usando siempre la rama móvil más pequeña, embadurnaremos la punta con un poco de aceite mentolado; entonces introduciremos el índice de la mano izquierda dentro de la faringe y buscaremos la cabeza del tubo siguiendo el mismo camino que para buscar los cartílagos aritenoides; una vez encontrada esta sin verificar ninguna clase de presión, introduciremos la pinza que nos ha de servir de extractor, siguiendo el borde externo del índice izquierdo que nos sirve de guía, de la misma manera que para la intubación, una vez dentro buscaremos la abertura del tubo, introduciendo, ~~algun estímulo~~, la punta del instrumento, pero ~~todo esto~~ ~~debe~~ ~~ser~~ ~~hecho~~ con mucha suavidad, evitando toda presión que podría ejercerse sobre el tubo; entonces con el pulgar de la mano derecha apretaremos ligera-

mente la palanca o porción posterior de la rama móvil del instrumento, abriendo con esto las ramas o pios del mismo, sujetando así el tubo; una vez hecho esto retiraremos el instrumento siguiendo la misma dirección que antes se indicó, o sea hacia arriba y un poquito hacia atrás y luego hacia fuera; en una palabra deberemos seguir las mismas, exactas indicaciones que antes hemos citado para la intubación pero al revés.

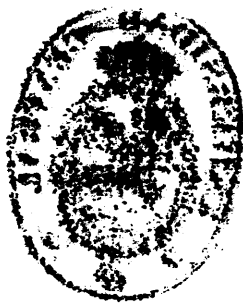
Hecho esto y sueltos ya del tubo, quitamos el abre bocas, y colocamos al enfermo en su cama dejándole descansar tranquilamente.

No me entretengo en describir la manera o procedimiento de extracción propuesta por Esakiris, ni tampoco la propuesta por Froin, pues las creo no solo incomplicadas que también de difícil e inútil de aplicar.

Los autores que desprecian el tubo, claro está que no necesitan para la detubación ninguna clase de instrumento, pues con

una o dos fracciones, y así tenemos el tubo fuera y en nuestro poder.

Otros autores han pretendido verificar la extracción, valiéndose de un poderoso electro-ímán, para lo cual es necesario que el tubo esté provisto de una pequeña cantidad de hierro, o lo menos en su cabeza, para que el imán tenga su influencia.





## Dificultades y accidentes de la intubación Complicaciones

Para hacer más fácil y simplificar su estudio, dividiremos este punto, siguiendo el ejemplo de Ferrand, en tres partes diferentes:

1ª Dificultades y accidentes durante la operación de la intubación

2ª Dificultades y accidentes de la detubación y

3ª Accidentes, durante la permanencia del tubo en la laringe



## a) Dificultades y accidentes durante la intubación

No me entretendi aquí en examinar todas aquellas dificultades o accidentes que citan algunos autores y que debidas al operador, podemos llamarlas faltas operatorias por impericia o descuido como son: la caída del abro-  
boca, la cabeza del niño mal sostenida, las he-  
morragias producidas por maniobras brutales,  
las falsas vías que deben siempre evitarse si-  
guiendo los consejos ya citados o sea, for-  
marse bien el cargo que la intubación es  
una maniobra que requiere mucha suavidad y dulzura en todos los movimientos du-  
rante el manejo de los instrumentos.

Algunos autores citan en estos casos en los que por malformaciones anatómicas, es imposible en absoluto la intubación en estos casos, afortunadamente rarísimos, deberemos desde

el primer momento abandonar la intubación practicando la traqueostomía.

En los enfermos que por existir una angina muy intensa, quedan las amígdalas recubiertas en abundancia de falsas membranas, debemos practicar un buen lavage, procurando no desprender ninguna de ellas durante la introducción del tubo, para evitar la obstrucción de este que podría ocurrir con facilidad, en este caso y cuando existe un edema de los repliegues aritenos-epiglóticos, la entrada del índice guía, se hace un poco difícil y principalmente la orientación de este, pero examinando detenidamente y con sangre fría la región, encontraremos los cartílagos aunque muy poco marcados; si los edemas son considerablemente fuertes pueden llegar a imposibilitar la intubación, en estas ocasiones sucede, la intubación, debiendo también recurrir a la traqueostomía.

Una de las dificultades que relativa-

mente se presenta con bastante frecuencia es el espasmo de la glotis, no debe preocuparnos lo más mínimo, el índice izquierdo al buscar los puntos de referencia se encuentra con una especie de bola dura y tensa; para vencerlo no hay más que introducir el tubo y colocarlo encima de la bola, en el sitio correspondiente al orificio y esperar que el enfermo haga una inspiración, en este momento se abre el orificio y el operador aprovecha la ocasión para introducir el tubo. Es preciso siempre que nos encontremos en un caso de esta índole no insistir en tentativas inútiles mientras no ceda el espasmo, pues estas mismas tentativas lo prolongan la mayoría de veces, por bastante tiempo.

Cuando los espasmos ~~se~~ seguidos de síncope o convulsiones ~~se~~ que aconsejan hacer la intubación ~~de~~ la respiración artificial, y ~~en~~ esta ~~no~~ da resultados practicar la traqueotomía; a mi me

parece mas prudente y mas práctico, <sup>114</sup>traqueotomizar enseguida continuando con inhalaciones de oxígeno, inyecciones de éter y la respiración artificial. etc. etc.

Accidente sin importancia es la caída del tubo en el esófago que puede suceder y sucede sobre todo en los poco prácticos y que se conoce porque no se alivia el estado del enfermo y principalmente porque el hilo va penetrando en el interior de la boca a cada acto de deglución del paciente; no hay mas que tirar del hilo retirar el tubo y volver a empezar la operación, fijándose bien en los puntos de referencia.

• Mas raro que el anterior es el efecto de la caída o descenso del tubo en la laringe o la tráquea; este accidente ~~es muy raro~~, puede ser debido a que por la ~~presión~~ <sup>presión</sup> que ocasiona el estado asfíctico. ~~Por lo tanto~~ <sup>Por lo tanto</sup> se toma el tubo proporcionado a la edad, ~~o~~ <sup>o</sup> se ocupamos de su desarrollo, colocando un

tubo inferior al que corresponderia al mismo, pero como que tenemos el tubo de seguridad en nuestro poder no hay mas que tirar de el, sacar el tubo y colocar otro mayor; este accidente es más bien teórico que práctico pues no sé de ningun autor que se haya encontrado en caso parecido, pues lo que sucede en los casos que colocamos un tubo mas pequeño que el calibre de la laringe, es que una vez intubado el mismo al primer acceso de tos expulsa el tubo no teniendo esto mas consecuencias que exigir una nueva intubacion. Si en vez de escoger un tubo menor lo escogemos mayor, nos encontramos con dificultades para hacerlo penetrar; cuando esto nos suceda, sin verificar presiones ni maniobras brutales de ninguna clase, lo retiraremos y colocaremos otro, el inmediato inferior.

A veces por la existencia de falsas membranas en las paredes de la laringe, al penetrar el tubo arranca algunas de ellas y eman-


116

do retiramos el introducido pueden obstruir el tubo, esto sucede mucho mas facilmente si empleamos instrumentos sin mandril; en este caso retiramos en seguida el tubo, lo limpiaremos para practicar de nuevo la intubación; tambien podemos antes de retirar el tubo intentar su desobstrucción inyectando con la jeringuilla de Bayeux u otra análoga, unas cuantas gotas de aceite mentolado, que provocando un acceso de tos producirá generalmente la expulsión de las falsas membranas desprendidas.

Algunos autores señalan el caso de síncope seguidos de muerte súbita; estos casos que son excepcionales se presentan en aquellos enfermos que ~~han~~ padecen y que la intubación ~~ha~~ llegado ya á un período avanzado, en ~~este caso~~ caracterizados entre otras cosas por un gran aplastamiento cardíaco, deberemos operar con suma

117  
rápidos y no sin desconfiar mucho de la salva-  
ción del enfermo, ya que la mayoría de las ve-  
ces la intubación lo mismo que la traqueoto-  
mia, bien poco aliviarán la situación del  
paciente, envenenado ya por las toxinas dif-  
tericas. No obstante y lo que acabo de decir nun-  
ca deberemos desconfiar en absoluto, de la  
salvación del pobre enfermo y abandonarlo, al con-  
trario es preciso luchar hasta el último mo-  
mento, valiéndonos de inyecciones, de eter, ca-  
feína, etc., según sean las indicaciones más  
urgentes.

## B.) Dificultades y accidentes durante la detubación.

Pocos son verdaderos accidentes  
y dificultades con que se puede luchar pa-  
ra la detubación, principalmente si segui-  
mos el procedimiento de  sea la  
cannulación por maniobras externas o ma-



malas; no obstante esta operación se hace á veces imposible, sobretodo si se emplean los tubos largos de O'Dwyer, o' bien los cortados, en bisel los primeros porque descienden mucho dentro de la tráquea, lo que imposibilita de encontrar la punta del tubo, y los segundos, porque girando sobre un eje vertical se colocan de tal manera que imposibilitan toda presión, en todos estos casos deberemos recurrir á la extracción instrumental.

Puede suceder que una vez el tubo fuera de la laringe, no sea escupido por el niño, al contrario, puede tragarlo, accidente que no debe inspirarnos mas cuidado que vigilar las deposiciones del enfermo en donde en contraremos el tubo completamente intacto á los tres ó cinco dias del accidente, sin que el niño haya sufrido ni manifestado la menor novedad durante el tiempo que ha permanecido en el tracto digestivo.

Hay niños en los que, ó bien por una abun-

dancia extraordinaria de tejido adiposo, o por edemas del cuello, y con mas frecuencia por infartos ganglionares, nos vemos en la imposibilidad de encontrar la punta del tubo, en estos casos no por esto dejaremos de intentar la enucleación que puede a veces realizarse, pero si nos es imposible tendremos que recurrir a la extracción instrumental.

Esta ya debe luchar con mas dificultades, o a lo menos más importantes que la enucleación.

En primer lugar puede suceder y sucede muchas veces que durante la permanencia del tubo en la laringe se haya provocado un edema de las partes vecinas, que cubra casi totalmente la cabeza del mismo, en este caso lo mismo que cuando el tubo haya descendido por cualquier causa ~~mayor~~ hasta la laringe, y que no se encuentra ~~por el tubo~~ presente, que o bien el operador con el dedo izquierdo y mejor aun un ayudante, comprime la

120

geramente la tráquea por debajo del cartilago  
cricoides, fijando así el tubo, mientras el opera-  
dor procura con el extractor buscar la cabeza del  
tubo que encontrará y distinguirá fácil-  
mente por su dureza, entonces buscará el ori-  
ficio de aquella e introducirá la punta del  
instrumento para verificar la extracción. En a-  
quellos casos que es completamente imposible  
extraer el tubo por ninguno de los procedi-  
mientos antes mencionados, será preciso ve-  
rificar una traqueotomía y así extraer el tu-  
bo, no obstante raras veces por no decir nunca  
nos encontraremos en este extremo.

Para la detubación es preciso recomendar  
como se hecho para la intubación, mucha  
suavidad y delicadeza en el manejo de los  
instrumentos, evitando toda clase de manio-  
bras bruscas y presiones fuertes, pues de lo  
contrario nos exponemos a dañar al apretando por  
encima del tubo, este venga la resistencia  
que le oponen las cuerdas vocales y caiga den-

121

tro la laringe, como sucedió en el caso (observación  
n.º 76 - 16 de Mayo de 1901), ocasionando las molestias  
consecutivas y exponiendo la vida del enfer-  
mo.

Además, es preciso, que cuando tengamos  
o creamos tener la punta del extractor dentro del  
orificio del tubo, abrir las ramas de aquel su-  
avemente, pues puede ocurrir con facilidad que  
la punta haya penetrado por los lados del tu-  
bo en vez de entrar dentro, y entonces si abrimos  
con fuerza, nos exponemos a desgarrar la un-  
cosa; cuando no tengamos el instrumento den-  
tro del tubo retiraremos ~~el~~ volviendo a em-  
pezar de nuevo la operación sin preocupar-  
nos lo mas mínimo, dejando descansar y res-  
pirar al enfermito si la operación se pro-  
longa.

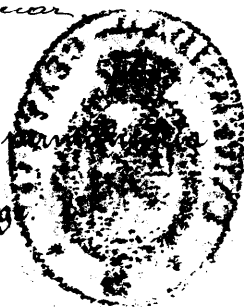
Tambien puede suceder que tengamos con  
niños, cuyo sistema nervioso es tan suscep-  
tible que la extracción nasal les  
ocasiona convulsiones; en estos casos no duda-



remos en verificar la operación ayudados de la anestesia cloroformica, que a más de facilitar la operación, evitará que se produzcan nuevos ataques de asfixia, que nos obligarian á una nueva intervención, pues está demostrado que cuanto mas laboriosa es la extracción mas facilmente y con mayor frecuencia se repiten los ataques de asfixia.

La mayoría de estos accidentes son tan raros que muchos son los prácticos que no han tenido ocasión de presenciarnos ni una sola vez. Por lo que en mi poca experiencia, puedo decir que, solo consultando la estadística que acompaña, en los 83 casos de intubación, bien pocos son los accidentes que he tenido ocasión de presenciar.

#### c). Accidentes durante la intubación del tubo en la laringe



Varios son los accidentes o mejor molestias

que origina la permanencia del tubo dentro de la laringe: en primer lugar tenemos la dificultad de la deglución que tanto ha dado que hablar á los contrarios de la intubación, dificultad ocasionada por la cabeza del tubo que impide á la epiglotis que cierre bien el orificio glótico y al tragar principalmente si son sustancias líquidas, penetra una pequeña cantidad de ellas dentro del aparato respiratorio provocando verdaderas quintas de tos. Esto sucede principalmente si empleamos los tubos que hoy podemos llamar antiguos, de cabeza grande y redondeada, como son los de D'Amoy y sus análogos; si en vez de estos empleamos los modernos de cabeza mas pequeña y escavada, este accidente queda en gran parte evitado. De todos modos esto se produce en los primeros momentos después de la intubación, pues más tarde el mismo paciente se acomoda y hay muchos enfermos de la mayoría, que al día siguiente de intubados tra-

gan sólidos y líquidos sin ninguna dificultad. Para dominar este accidente que no tiene mas importancia que molestar un poco al enfermo, le aconsejaremos si obligaremos a que vaya bebiendo a sorbos y pequeñas cantidades, y si esto no es suficiente, daremos los alimentos con una cucharera, teniendo al enfermo cubierto sobre uno de sus lados. El Dr Van Schaack aconseja en los casos de esta naturaleza colocar al enfermo en una posición declive de manera que tenga la cabeza mas baja que el resto del cuerpo; afortunadamente son contados los casos que deberemos recurrir a estos expedientes. Algunos profesores, entre ellos el Dr Albrecht, aconsejan la alimentación empleando una sonda esofágica y así como que los líquidos no han de tocar los labios de la glotis, se evitan estos inconvenientes, mas yo creo que nunca o raramente tendremos necesidad de semejante recurso, solo echaremos mano de el en aquellos casos que los

enfermos rechazan maquinalmente toda clase de alimentación, no dejándose convencer de ninguna manera.

Otros aconsejan el empleo de enemas alimenticios; pero ya sabemos la poca potencia absorbente de esta porción del intestino, por lo que difícilmente nos serviría de gran alivio en caso necesario.

Uno de los accidentes que segun muchos autores reviste mayor gravedad, es la obstrucción del tubo; pero oigamos a Fletcher ~~Angell~~, que en el noveno congreso de laringología, decía: "la obstrucción del tubo es rara; si alguna vez se realiza, lo tos lo expulsa ordinariamente, y no es menester introducirlo de nuevo hasta pasadas dos o tres horas"; en iguales terminos se expresan ~~Huber~~ Northrup, Galatti, Jacques y otros. No obstante vamos a estudiar la manera de hacerla en los casos que se presentan en primer lugar, puede la obstrucción ser rapi-



da o lenta; la primera, tiene lugar cuando <sup>126</sup>  
se desprenden falsas membranas, existentes den-  
tro del árbol respiratorio, de gran tamaño, que  
no pueden franquear el diámetro del tubo,  
produciendo en seguida accesos de tos y fenó-  
menos de asfixia. La obstrucción lenta es de-  
bida a las incrustaciones y depósitos de mucos-  
idades y falsas membranas en las paredes  
del tubo, esta obstrucción, produce nuevos ac-  
cesos de disnea llegando a presentar caracteres  
de asfixia. En la mayoría de casos que se ob-  
struye el tubo, sobre todo si la obstrucción es rápi-  
da, los mismos accesos de tos que aquella pro-  
duce, expulsan las falsas membranas y a  
veces tambien el tubo mismo (observaciones nú-  
meros 24 y 71); pero cuando esto no sucede, debe-  
mos practicar nosotros la detubación y volver a  
intubar si es necesario (observaciones números 10, 46,  
y 77). Para evitar la obstrucción es muy  
útil tener al enfermo en una habitación de  
atmósfera húmeda, consejo que se aplica ya a

los enfermos de erup en general aunque no se haga necesaria la intubación; es buena también la frecuencia de lavages de las fauces con agua bórica (4%), o salicilada (1%) y mejor aun el agua oxigenada. Otros aconsejan la lubricación del tubo con aceite mentolado; pero esto tiene el inconveniente de tener que recurrir a todo el aparato mismo que para la intubación; mejor que esto es, sobretodo en la clientela particular, cambiar el tubo cuando el médico haga la visita al enfermo y sospeche la obstrucción, operación casi tan corta como la lubricación y de mayor seguridad.

Aunque rara la obstrucción brusca del tubo (en 83 casos hay 5 o sea un 6'02 por ciento, otras estadísticas dan el 10'2 por ciento y otras menos), no obstante debemos estar preparados, por si el caso sucediera, por aquello que vale mas prevenir que tener que recurrir en la clínica hospitalaria no tiene el inconveniente

te, pues siempre está el médico de guardia á la disposición para hacer la detubación; pero en una casa particular, es en donde este accidente reviste la mayor gravedad; por si el caso se presentara dejaremos siempre prescrito un vomitivo, instruyendo bien á la familia sobretodo al encargado del enfermo, de la oportunidad y momento en que deberá recurrir á este medio; si por desgracia llega el caso de emplearlo, se da el vomitivo y generalmente con los esfuerzos y contracciones se expulsan las falsas membranas que obstruían el tubo ó bien el tubo mismo. Mejora aun que el vomitivo es adiestrar á modo del encargado del enfermo, en el procedimiento de Bayeux, que facilmente una persona hábil puede aprender; si tanto el uno como el otro de estos procedimientos fracasara, aconsejamos ya, como recomienda Puzos-Brendano, que una persona cualquiera vaya al enfermo

por los pies, invirtiéndolo con la cabeza hacia abajo y si no se producen accesos de tos, provocarlos artificialmente, manobra que generalmente producirá la expulsión del tubo. Todos estos consejos, afortunadamente será rarísimo el caso que debamos recurrir a ellos, pues primero es rara la obstrucción, y mas raro es aun que no se expulse el tubo o' con el acceso de tos o' con el vomitivo, de modo que lo demás está bien no desconocerlo pero con la convicción de que casi nunca por no decir nunca deberemos apelar a semejantes recursos.

La expulsión del tubo a veces de tener por causa su obstrucción, puede ser debida a veces al pequeño calibre del mismo, pero esto generalmente sucede por los movimientos des-  
fines de la intubación (observando el 73. y 74), cuando el operador aun no ha intubado el enfermo, en estos casos no se puede a intu-  
bar al niño, pero con el tubo inmediato supe-

rios. Otras veces sucede la expulsión pasadas ya unas 24 horas de la intubación, en la mayoría de veces después de esta expulsión tardan algunas horas a presentarse los fenómenos asfícticos (observaciones números 8, 19, 58 y 84). Otras veces y son las mas, no se repiten los ataques de asfíxia o caso de repetirse son pasajeros no exigiendo nueva intervención (observaciones números 3, 18, 20, 36, 39, 46, 51 y 54).

Aunque ~~no~~ acostumbra a suceder no por esto dejare de mencionar la obliteración del orificio superior del tubo, debida a una gran infiltración o edema de los repliegues aritenoidales, que cubren la cabeza del tubo impidiendo el acceso del aire, cuando esto sucede no hay mas recurso que apelar a la Traqueotomía.

Algunas veces el tubo es expulsado durante un acceso de tos y se encuentra ajenio, puede ser tragado por el paciente (observaciones números 55 y 67.); en estos casos



que no deben preocuparnos lo mas minimo, el tubo sigue todo el tramo del aparato digestivo, sin producir el menor accidente ni trastorno y al cabo de tres o cuatro dias es expulsado y encontrado en las defecaciones.

Otras, sucede que el enfermito expulsa el tubo, sin que nadie lo advierta, cayendo en la cama y quedando perdido entre sus envolturas, entonces puede sobrevenir la disnea y al llegar el médico y no encontrarlo en su sitio debe buscarlo antes de suponerle en las vias digestivas.

Otra recriminación de la intubación por sus adversarios, es la ulceración de las mucosas que estan en contacto con el tubo; Northrup, que ha hecho un detenido estudio acerca de este punto dice "la exte-  
"lo jamas produce ulceraciones de alguna profundidad, lo mas ocasiona irritaciones epiteliales. Las cuerdas vocales son habitualmente intactas." En cambio ha encontrado

de mayor importancia las lesiones en difterias laringeas consecutivas al sarampión o a la escarlatina. Estas ulceraciones han sido verdaderamente exageradas por algunos autores, entre ellos Varist; se producen, si, pero con bastante rareza y son debidas generalmente a una prolongación exagerada de la permanencia del tubo en la laringe; para evitar estas lesiones nos aconsejaba siempre el Dr. A. B. Marfan, traqueotomizar al enfermo siempre y cuando tenga que prolongarse la intubación, mas de tres o cuatro días. También se producen estas ulceraciones en los enfermos que padecen el sarampión concomitante con la difteria, en estos casos aconseja el mismo Dr. Marfan, que se haga la traqueotomía de primera intención, pues estos enfermos son de aquellos que siempre requieren la presencia del tubo por bastante tiempo.

Durante la permanencia del tubo en la

laringe, los niños se ven privados de hablar en alta voz, solo pueden hablar en voz baja pero con la palabra articulada; esta afonía generalmente persiste durante algunos días después de la detubación (de dos á quince días y á veces tres semanas); pero esto no tiene importancia, pues va desapareciendo gradualmente, citándose bien pocos casos en que este trastorno haya sido duradero.

Otro accidente que tambien es rarísimo afortunadamente es el llamado por M. Sevestre los "tubards" y que consiste en la presentación de una disnea mas ó menos intensa á cada tentativa de detubación y que obliga á reintubar al enfermo; este fenómeno que se atribuye á un espasmo de la glotis ó á una parálisis de los dilata-  
dores, se observa muy raramente y solo en niños de temperamento muy nervioso; cuando esto suceda, intentaremos la extracción haciendo respirar al paciente



un poco de cloroformo o administrando el bromuro potásico, etc.; y como último recurso la traqueotomía, aunque en estos casos generalmente lucharemos con las mismas dificultades al querer extraer la cánula, y se citan casos de niños que han tenido que llevar la cánula traqueal durante varios meses y hasta años.

Ningún motivo fundado tienen los autores que acusan a la intubación de producir bronco-pneumonías ab ingestis, debidas a la entrada de pequeña cantidad de sustancias alimenticias; digo que ninguna razón tienen pues se ha demostrado por Northrup y otros que en los casos que penetra una gota de líquido o una pequeña cantidad de sustancia sólida o más o menos sólida, se producen ~~en~~ <sup>los</sup> abscesos de los que expulsan dichas sustancias y nunca se ha dado el caso, al menos que sea conocido, que hayan penetrado las

ta los bronquios. Cuando existe la broncopneumonia, que desgraciadamente es bastante frecuente, es preciso reconocerle relación con la enfermedad inicial, o sea con la difteria y no con la intoxicación.



## Cuidados que requiere el intubado. - La cuestión del hilo de seguridad.

Como puede comprenderse una vez in-  
tubado el enfermo, es preciso rodearle de cui-  
dados que merecen ser estudiados determina-  
mente.

En primer lugar una vez terminada  
la operación nos encontramos, pero con la  
cuestión del hilo de seguridad ¿debemos hacer  
del mismo? ¿lo debemos cortar? ¿retirarlo? ¿lo  
dejaremos en su sitio para que nos sirva de  
fiador? - Cuestión que ha sido muy debati-

137

da y sobre la cual hay opiniones muy diversas; desde luego cuando operamos en un hospital, en donde hay personal inteligente y dispuesto para operar y extraer el tubo en caso necesario, no dudaremos un solo momento y cortaremos el hilo siempre, dejando el tubo solo; en cambio, cuando operamos en una casa particular, en la que la mayoría de las veces tenemos que dejar al enfermito á los cuidados de los padres ó de otras personas completamente inhábiles para las manipulaciones necesarias para la detubación, en estos casos es muy dudoso este punto y antes de decidirlo es preciso pesar muy bien sus ventajas y sus inconvenientes adaptándolos á cada caso particular. En primer lugar, ¿que ventajas tiene el dejar el hilo fijo?, una sola y es muy grande, y es la de facilitar la extracción del tubo caso que sea esto necesario ó por un obstrucción ó por cualquier otro motivo,

extracción que cualquier persona es capaz de verificar teniendo el hilo á su disposición. En cambio que inconvenientes tiene; facilita de una manera extraordinaria la extracción ó expulsión espontánea del tubo pues aunque tengamos las manos del niño atadas, este con la lengua procura desahucarse del cuerpo extraño que tiene en la boca y que le molesta, y aunque muchas veces no le sea posible extraerlo, es fácil hacerlo mover levantándolo un poco y expulsarlo al primer golpe de tos; á más de esto el hilo puede romperse con facilidad pues el niño lo marea continuamente, y en estos casos el pedazo que queda dentro puede obtener fácilmente la luz del tubo, como sucedió en un caso del Dr Leblanc (A. Bonin) (1) de quito de muerte del paciente. Para evitar que el niño tire del hilo con sus manos, se

(1) A. Bonin - "Traité de l'intubation du larynx" - página 167. - Paris 1902

menos que atárselas o' envolverse las en una sábana, lo que molesta y entristece en gran manera al enfermo, pues no solo le priva de sus juegos y distracciones habituales, sino que no le permite ningún movimiento. Con el hilo se dificulta también la deglución, mas que con el tubo solo. También se acusa al hilo de favorecer el paso de microorganismos patógenos y propagar infecciones de la boca a la laringe. Y por fin hay autores que atribuyen al hilo la producción de pequeñas erosiones y ulceraciones de la epiglotis y velo del paladar, etc, que se comprende, pues el roce continuo de un cuerpo duro y áspero con la mucosa inflamada, fácilmente la ulcerará.

De manera que vistas las ventajas y los inconvenientes de dejar el tubo, se recomienda generalmente por retirarlo, especialmente en aquellos casos, que no sea imposible dejar al lado del enfermo un

una persona que esté un poco adiestrada para la extracción del tubo. Para los casos en que nos veamos obligados a dejar el tubo es bueno seguir algunos consejos a fin de evitar en todo lo posible los inconvenientes; primero, en estos casos, antes de intubar, haremos un nudo en el hilo, al lado de la cabeza del tubo para evitar que resbale por los lados de este o al interior; además, terminada la intubación lo haremos pasar por detrás del arco dentario por entre este y la mejilla, saliendo por una de las comisuras labiales y fijándolo en la mejilla mediante unas gotas de colodion. Hay autores que aconsejan atarlo a la oreja, y otros dicen que lo mejor es hacerlo pasar por las narices y salir por una de las comisuras, este procedimiento que tiene algunas ventajas es muy molesto para el enfermo, que una vez intubado lo que necesita es

141  
descanso y tranquilidad y no molestarle pa-  
ra hacérle pasar el hilo por la nariz.

Tambien es menester atar o en-  
volver bien las manos del paciente y vigi-  
larlo mucho pues como que el hilo le mo-  
lesta, si tuviese las manos libres procu-  
raria deshacerse de semejante huesped, ex-  
trayéndose el tubo cuando menos pensa-  
ramos.

---

En el mismo momento que habremos  
terminado la operación de se al enfermo,  
que poco antes estaba asfixiándose, con el  
rostro desfigurado por su anoxatamiento  
y abotagado, respirar con relativa cal-  
ma y tranquilidad; una vez esto en  
la cama generalmente se duerme en un  
sueño tranquilo, que es interrumpi-  
do al cabo de media hora, por un acceso me-  
dio, por un acceso de tos, pasado el cual



vuelve a dormirse. Aunque todo esto suceda es preciso que un individuo de la familia u otro cualquiera, esté siempre al lado del enfermo, para observarle y vigilar todos sus actos principalmente su respiración que ha de ser tranquila e imperceptible; en un hospital siempre hay enfermeras encargadas de vigilar dichos enfermos. A más es convenientemente rodearlos de una atmósfera húmeda y saturada de vapores antisépticos, para lo cual será bueno tener en la habitación una buena cantidad de agua hirviendo con hojas de eucaliptus, un poco de ácido fénico, etc, etc.

Siempre que nos sea posible aconsejaremos a las familias que tengan al lado del enfermo o a su disposición un ayudante algún estudiante de medicina o practicante, siempre que no sea posible tener un médico, al que consultemos convenientemente, de todos los accidentes que pue-

de presentarse y la manera de venderlos. Es indispensable que el médico repita á menudo las visitas, mientras el niño esté intubado, dejando siempre indicado el sitio donde puede encontrarle para el caso que requieran sus auxilios.

Vistas en otro sitio las molestias que ocasiona la dificultad de la deglución, vamos ahora á ocuparnos de los cuidados y precauciones que deberemos tomar para la alimentación de los intubados. En primer lugar, ¿que clase de alimentación deberemos dar á estos enfermos?; dejando aparte la clase de alimentación que segun sus diferentes estados necesitará el enfermo; me refiero solo á la de aquellos que su estado general les permite una alimentación ordinaria. Hablando de alimentación general, la mejor clase de alimentación para los intubados es la más sólida, como puris, féculas, tapioca, leche



condensada, cremas, <sup>144</sup> todo preparado y adicio-  
nando una cantidad de azucar, o' yemas  
de huevo, leche, o' harina, de manera que re-  
sulte un cuerpo de consistencia pastosa.

En los niños de teta, se producen con  
frecuencia, accesos de tos, cuando la ma-  
dre o' la nodriza les da el pecho, llegando á  
no querer mamar muchas veces; Para es-  
tos casos Egidi recomienda el uso de la ge-  
latina Siebig; tambien puede darse la mis-  
ma leche de la madre o' nodriza, á cucha-  
radas, o' preparada con harina y azucar á  
fin de darle mas consistencia; y si todo es-  
to no es suficiente echaremos mano de  
la sonda esofágica.



## Indicaciones y contra-indicaciones de la intubación.

### La intubación y la suero-terapia.

La intubación puede aplicarse á muchas enfermedades que produzcan estenosis laríngeas y para aliviar ó vencer diferentes estados asfícticos ocasionados por diversas causas, tanto en el niño como en el adulto, pero para no salirme del tema propuesto solo me ocuparé de las indicaciones y contra-indicaciones de dicho procedimiento en el crup ó difteria laríngea.

Las indicaciones de la intubación se


basan principalmente en signos físicos y funcionales cuyo valor varia en cada caso; estos signos son la disnea en sus diferentes grados hasta llegar a la asfixia y luego los signos que podemos deducir por la auscultación del aparato respiratorio y segun el estado general del individuo.

La disnea ocasionada por una dificultad respiratoria, sea debida a un obstáculo u obstrucción ocasionada por un acúmulo de falsas membranas y mucosidades, situadas al nivel de la laringe, sea por una estenosis, se manifiesta de una manera especial y gráfica llamada por los j'ancos seu tirage. Este está caracterizado por unos ciertos esfuerzos durante la inspiración, y se manifiesta por un estiramiento y prolongado y a veces muy profundo ocasionado por la estenosis existente en la laringe, y por una exageración muy visible, de todos los movi-

147.  
mientos respiratorios, entrando en juego a  
medida que la disnea progresa, todos los mús-  
culos respiratorios, acompañándose todo  
este cuadro de un estado de inquietud  
y de angustia que experimenta el ni-  
ño, con una transformación muy mar-  
cada de su rostro.

Según los músculos que entren en jue-  
go, puede ser el tiraje, epigástrico o abdomi-  
nal, intercostal, supra-esternal y supra-  
clavicular y el Dr. Perez-Arcudiano añade  
el tiraje facial.

M. Bayeux insiste mucho sobre el sig-  
no del esternomastoideo, es decir sobre "una  
tensión activa de este músculo, tensión rít-  
mica, sincrona a la inspiración, desapa-  
reciendo a la expiración, durando un tiem-  
po apreciable especialmente en los intervalos  
de dos accesos de sofocación separados por  
un período de calma aparente" (Ba-  
yeux).



Autores hay que aconsejan la auscultación del aparato respiratorio para fundar la indicación de la intervención, pero esto es una observación difícil de realizar y además la auscultación, la mayor parte de veces nos engañará, siendo imposible apreciar exactamente el valor de los signos que por ella encontramos. Otros han aconsejado la auscultación de la laringe, y por ella se percibe en ciertos casos un soplo, parecido al ruido de una bandera que se agita, producido por la columna de aire que entra y choca con las falsas membranas que se agitan á su paso y que forman la obstrucción.

El pulso no permanece inmóvil durante toda esta serie de fenómenos que acabamos de relatar, varían el ritmo y la intensidad de los batimentos cardíacos; en el momento en que los fenómenos asfícticos comienzan el corazón



late enérgicamente y el pulso se manifiesta fuerte y lleno; pero esta energía va disminuyendo gradualmente a medida que los fenómenos asfícticos se van acentuando y termina por hacerse desordenado, e irregular, pero siempre muy débil. Hay en este momento un verdadero desfallecimiento del pulso radial (Gerard). Aunque es de importancia este signo es difícil de percibir y mas aún de contar como dice muy bien M. Sevestre, pues en estos casos los niños están en una agitación constante.

De una manera general podemos decir que está indicada esta intervención, siempre que nos encontremos en presencia de un enfermo de difteria, o angina, sea laringitis, cuya evolución está comprometida mas o menos, por asfixia, y que esta sea debida a un obstáculo mecánico situado al nivel de la laringe,



150  
producido por falsas membranas, o por ede-  
mas o infiltraciones que engrosando las  
partes blandas dificulten u obstruyan el  
acceso del aire.

En cambio las contra-indicaciones  
tambien son varias. Siempre que se tra-  
te de una difteria tóxica, en que la dis-  
nea es debida a un envenenamiento ge-  
neral del organismo y no a un obstáculo  
mecánico, ni la intubación ni la traqueo-  
tomía aliviaran en nada el estado del pa-  
ciente, no obstante si nos es fácil in-  
tentaremos la intubación no sin antes  
haber advertido la seguridad de la i-  
neficacia de esta intervención; y si el  
enfermo está ya muy aplanado, en un  
periodo proagónico ni esta intervención pa-  
ra evitar la producción de asfixia mor-  
talis y dar motivo a repugnancias  
mas o menos fundadas por par-  
te de la familia.



Lo mismo que en el caso anterior puede decir cuando se trata de un enfermo con una broncopneumonia concomitante y muy extendida, en este caso la asfixia está también producida por la extensión de las lesiones pulmonares; no obstante la intubación podría aliviar algo el estado del enfermo provocando accesos de tos que favoreceran la expulsión de falsas membranas que ocupan la tráquea y que por la anestesia bronquial y falta de reflejo pulmonar permanecían allí estacionadas. Estos dos casos no son verdaderas contra-indicaciones de la intubación.

La bronquitis pseudo-membranosa aguda, si que es una verdadera contra-indicación; en esta la asfixia es debida no solo a la intoxicación general, sino que también al obstáculo laríngeo producido por falsas membranas, pero como que estas se expanden por la tráquea y bronquios, la intubación no aliviará al enfermo; pero desgraciadamente se ha demon-

trado que en estos casos la traqueotomía generalmente no es de resultados duraderos, no obstante siempre deberemos intervenir.

Según Marfan la concomitancia del sarampión o de la escarlatina forman otra contra-indicación para la intubación pues en estos casos generalmente debe el tubo permanecer durante bastante tiempo dentro de la laringe produciéndose en estos casos ulceraciones laringeas y por tanto aconseja siempre la traqueotomía.

Otras contra-indicaciones de la intubación y en estos casos deberemos recurrir forzosamente a la traqueotomía, son aquellos casos que un obstáculo o por malformación de la boca o por existencia de un edema considerable de los repliegues aritenos-epigloticos o de cualquiera que obstruya el paso glótico, nos veamos imposibilitados materialmente de poder hacer la operación. A estos casos debemos añadir aquellos que una vez

hecha la intubación no se alivie el estado del enfermo, esto nos indicará que el obstáculo está mas bajo, en estos casos antes de hacer la traqueotomía podemos intentar la intubación empleando los tubos largos de O'Dwyer y sino traqueotomizar.

Tanto la intubación como la traqueotomía no son dos medios curativos de la difteria, sino que son dos operaciones, destinadas a evitar una muerte inminente ocasionada por la asfixia y debida esta a la obstrucción de las vías respiratorias por acumulación de falsas membranas y mucosidades o por otra cualquier causa. Con esto y salvando este primer accidente, ofrecen un campo de acción y así damos tiempo a que obrando los medios curativos que poseemos para combatir la difteria. Por este motivo tienen gran interés este punto, pues antes de la nueva terapia la dif

era una enfermedad mucho mas grave que hoy, como puede verse consultando las estadísticas publicadas sobre este punto; y en aque-  
los casos se prolongaba mucho la enfermedad y por tanto la intubación tenia el inconveniente de tener que prolongarse por mucho tiempo, produciendo entonces las ulceraciones y otros accidentes que tanto han dado que hablar á los contrarios de la intubación.

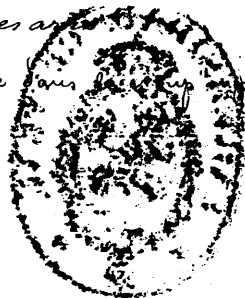
En cambio hoy dia conocemos la eficacia del suero antidiftérico, y sabemos que manifiesta sus efectos curativos á las 20 ó 30 horas de la inyección, produciendo el reblandecimiento y desprendimiento de las falsas

anas, por tanto será precisa la intubación, pero durante un corto periodo de tiempo, ó tres dias por término medio, para que ya se habran desprendido las falsas membranas, y habiéndose pasado el peligro de la asfixia. Por efecto de esto las falsas membranas no se despre-

den en masa, sino que se reblandecen y hacen friables y se desprenden y expulsan generalmente en pequeñas porciones; y en este sentido ha venido la suero-terapia a favorecer grandemente la intubación, pues siendo las falsas membranas fácilmente fraccionadas estas son expulsadas con mayor facilidad y no es tan posible la obstrucción brusca del tubo.

En resumen, la suero-terapia ha venido a prestar un gran auxilio a la intubación, y esta, a su vez, presta un gran concurso a la suero-terapia, de manera que podemos decir que la una es el complemento de la otra, de suerte que podemos afirmar con A. Hugues (1) "la intubación es no solo el auxiliar de la suero-terapia, mas aun, como ha proclamado Roux, "es su complemento necesario".

(1) A. Hugues. - "L'intubation laryngée" Paris 1895, pagina 136



## Oportunidad de la intervención

### a) Momento oportuno para la intubación. —

La intubación es mismo que la traqueotomía son intervenciones que necesitan su oportunidad; no me refiero ahora a aquellos casos en los cuales el médico es llamado para auxiliar a un enfermo que se está asfixiando, claro está, en estos casos no hay momentos que perder, es preciso intervenir ~~antes~~ antes para detener una muerte segura. Me refiero al enfermo sin nuestros auxilios, me refiero a aquellos casos que mas se ven en la visita

particular que en un hospital, pues ya sabemos que en estos establecimientos, la mayor parte entran en ellos cuando ya los padres no saben que hacer y como último recurso (hablo en general), me refiero, como digo, a aquellos casos que podremos desde el principio seguir todo el curso de la enfermedad. Muchas opiniones se han vertido acerca de este punto y cada cual defiende la suya con mas o menos razón, unos son partidarios de una intervención pronta, otros por el contrario, defienden la intervención tardía, in extremis, como llaman algunos y como se aconseja generalmente para la traqueotomía. Dejando aparte ambos extremos, lo mejor es un término medio; para lo cual es preciso tener en consideración varias circunstancias, que nos hagan adelantarla o retardar la operación; pero de ningún modo debemos esperar el último momento para cuando la intervención in extremis, para aquellos casos que no habremos podido realizarla antes;



pues en estos casos el enfermo ha perdido ya sus  
 fuerzas, se ha fatigado su sistema nervioso, y no  
 exponemos a los síncope, que en un momen-  
 to dado pueden acabar con la existencia  
 del enfermo; a más de que debilitado y apla-  
 nado como se encuentra después de una lar-  
 ga lucha entre la muerte y la vida, el orga-  
 nismo se encuentra sin fuerzas para reaccio-  
 nar. Nunca, pues, esperaremos el último mo-  
 mento, precipitando la intervención cuando se  
 presenten ataques de disnea en un enfermo dé-  
 bil, abatido y que haya poco tiempo que haya  
 recibido la inyección de suero anti-diftérico o que  
 no la haya recibido, en cuyo caso aconsejame-  
 nte los profesores, la intervención pronta, in-  
 yectando la cantidad de suero necesaria des-  
 pués de la intubación. Con calma ~~esperaremos~~  
 esperar más cuando el atacado sea de constitu-  
 ción robusta, fuerte, y que haya recibido su suero  
 18 o 20 horas que haya recibido el suero en estos  
 casos podremos esperar los efectos del suero, que

podrían evitarnos la intervención; pero no obstante, no debemos permitir de ningún modo que el pobre infante agote sus fuerzas luchando con la asfixia.

Cuando nos encontremos en un caso de muerte aparente, o en un síncope, no perderemos un instante, y siguiendo los consejos de Sandouzy, intubaremos enseguida, acompañándola de la respiración artificial; nos decidiremos por la intubación, según dicho autor, siempre que el operador sea muy hábil en hacerla, cuando no tenga mucha seguridad optaremos por la traqueotomía. No obstante y la acreditada opinión de este eminente profesor, creo que en estos casos deberemos optar siempre, sin dudar ni un instante por la traqueotomía, pues verdaderamente no tenemos tiempo que perder, y además ¿qué se trata de un cadáver? o en caso de la traqueotomía no será mucho más fácil, mas segura y puedo decir mas rápida, mientras

que con la intubación nos exponemos á introducir el tubo en el esófago, (pues con el estado de ánimo y la rapidez, se pierde á veces la serenidad, etc.) creyéndolo en la laringe, ó bien puede obstruirse al primer momento por una falsa membrana y hacernos inútiles completamente. Todos nuestros esfuerzos para conseguir la respiración; por tanto en todos estos casos lo mejor es traqueotomizar; pues todos los éxitos obtenidos con la intubación se hubieran obtenido también con la traqueotomía, y en algunos casos que la intubación ha fracasado, si se hubiese practicado la traqueotomía en el primer momento quizás se hubiera podido salvar el enfermo; como tuve ocasión de presenciar un caso, aunque claro está esto no puede afirmarse en absoluto. El caso á que me refiero era un niño de un año y medio de edad, que al ir á practicar la intubación vino un síncope, de repente, se hizo la respiración artificial y al cabo de unos

ocho minutos de vanos esfuerzos y tentativas se extrajo el tubo y se hizo la traqueotomía, que tampoco dio ningun resultado; con el tubo salió una gran falsa membrana que lo obstruía; en este caso, no puede asegurarse, pero si se hubiere practicado la traqueotomía, inmediatamente, quizás hubieramos tenido mas probabilidades de éxito.

#### b.) Momento de Salar.

Tiempo que debe permanecer el tubo en la laringe.

Si es imposible dar reglas fijas en absoluto para la intubación tampoco pueden darse para la extracción del tubo; no obstante es preciso recordar que cuanto menos tiempo pase el tubo dentro de la laringe, tanto mejor, para evitar algunos de los inconvenientes anteriormente mencionados, y debemos recordar también que cuanto mas tiempo permanezca el tubo dentro de la laringe, tantas mas probabilidades hay

de encontrarnos a la detubación con espasmos de la glotis o parálisis de los dilatadores que nos obligarán a reintubar de nuevo y a veces en estos casos tendremos que apelar al cloroformo o al bromuro de potasio para lograr el éxito de la operación.

Mucho se ha discutido también este punto pero hoy iría con la ayuda de la microterapia, podemos estar conformes con la mayoría de autores, en que la permanencia del tubo en la laringe no se prolonga más de unas 48 horas por término medio. A. B. Marfan, lo mismo que Bokay aconsejan detubar siempre pasadas las 48 horas: pero puede esto adoptarse como regla?, yo creo que no, pues mejor es adaptarse a las circunstancias de cada caso particular y hacer lo que uno dicta su conciencia, para lo cual nos fijaremos en el estado del enfermo siguiendo los siguientes consejos: si a las 48 horas de intrubado un enfermo, su estado general se va mejorando notablemente, si las fauces se encuentran cubiertas de falsas membranas se han limpiado,

etc, será bueno intentar la detubación, pero vigilando de cerca al enfermo, volviéndole a intubar si es menester. En cambio, si el enfermo pasadas las 48 horas, sigue a poca diferencia y su garganta no se ha limpiado, en una palabra o el médico tiene que será precisa una nueva intubación, valdrá mas esperar al día siguiente, pero a los tres días intentaremos siempre la detubación. Por todo lo cual me parece que es imposible dar reglas concretas sobre este punto. Solo como regla general tendremos, que cuanto menos tiempo pase el tubo en la laringe mejor y por lo demás, nos adaptaremos a las circunstancias.

Veamos ahora la estadística de los casos en las observaciones, acompañan esta memoria:

De 83 niños intubados en 16 ha permanecido el tubo, menos de 36 horas; en 15 ha permanecido de 36 a 60 horas y en los 52 restantes mas de 60 horas.



*Ventajas e inconvenientes  
de la intubación*

*Comparación entre la intubación y la traqueotomía*

Vamos por fin á ocuparnos de las ventajas y de los inconvenientes de la intubación comparándola con la traqueotomía para terminar con un paralelo entre ambas como tratamiento de la asfixia por obstáculo mecánico en la difteria laringea.

De una manera general podemos decir que los inconvenientes de la intubación son pequeños siendo sus ventajas grandes sucediendo lo contrario con la traqueotomía, en



165  
la que las ventajas son pequeñas siendo en cambio de gran importancia los inconvenientes. Esto no quiere decir que practiquemos siempre a ciegas la intubación, relegando al olvido la traqueotomía, no, muy al contrario, cada cosa en su sitio, precisamente he tenido mucho cuidado en no olvidar ninguno de los casos en que sera preferible la traqueotomía, para así demostrar mi imparcialidad referente a ambos métodos; pues hay algunos casos en que no solo será prudente sino preciso hacer de primera intención la traqueotomía, dejando la intubación para mejor ocasión.

En primer lugar la intubación no es una operación sencilla como la traqueotomía y por tanto esto hará que muchas veces las familias den su consentimiento y hasta sean favorables a esta intubación mientras que se niegan en absoluto cuando se propone la traqueotomía. Después la intubación no deja ninguna clase de cicatriz co-



no sucede en la traqueotomía, por mas que esto no interesa la parte vital, no obstante es una cuestión de estética muy importante principalmente si se trata de alguna niña.

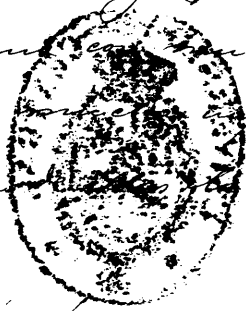
La intubación es una operación que con el ejercicio y la práctica repetida puede llegarse a tener verdadera precisión y asegurarse, en terminos generales, el éxito de la misma, mientras que con la traqueotomía sucede lo contrario, por mas practico que sea el operador nunca estará seguro del éxito y lo mismo podrá cometer una falta operatoria el mas experto cirujano que el que traqueotomiza por primera vez; esto se comprende pues en el niño la tráquea es muy blanda y por tanto difícil de fijar y ademas muchas veces ya no será difícil el encontrarla en los sitios que por infarctos ganglionares se han formado en este aquella como escondida; la traqueotomía es por tanto mucho mas difícil en el niño que en el adulto; lo contrario sucede con la in-



167  
tubación. Archambault dice que "nunca podía  
"asegurarse que no había accidente haciendo u-  
"na traqueotomía y que el enfermo no queda-  
"ría en nuestras manos". Frousseau, el gran pro-  
pagador y defensor de la traqueotomía, no obs-  
tante y su gran práctica decía que tem-  
blaba siempre que debía practicar una tra-  
queotomía.

M. Marfan hace notar con mucha in-  
sistencia, una ventaja que por ella sola dice  
debe preferirse la intubación a la traqueoto-  
mía; y es, que en la intubación es difícil co-  
meter faltas operatorias y caso que se cometa  
alguna, es de poca importancia, no compro-  
metiendo la vida del paciente; mientras que  
en la traqueotomía el mas hábil y experto  
operador puede cometer alguna con mucha  
facilidad, y esta siempre es de gran impor-  
tancia, causando la mayor parte de las mu-  
rtes del pobre enfermo.

Si nunca la intubación pacasa nos



queda como recurso la traqueotomía; mientras que si esta fracasa no queda mas remedio que abandonar al paciente.

En la intubación nunca se producen hemorragias, mientras que estas son muy frecuentes en la traqueotomía y á veces de gran importancia.

La intubación puede repetirse fácilmente si al verificar la extracción del tubo, la asfixia se reproduce, mientras que una vez extraída la cámara traqueal, si pasamos algunas horas y es menester volverla á colocar, tropezamos con grandes dificultades, siendo á veces imposible volverla á colocar en la primera herida, en cuyo caso es preciso hacer una nueva incisión, en general mas difícil que una traqueotomía de primera intención.

La intubación permite ~~muchos~~ <sup>mejor</sup> fácilmente que la traqueotomía y con menos peligros la balneación terapéutica que mu-



chismas veces no será necesaria dada la frecuencia con que la bronco-pneumonia viene a complicar la difteria.

Pasando el aire respirado por los intubados por las vías naturales y fisiológicas, este llega a los pulmones mucho mas purificado, pues sabido es que siempre deja muchos de los gérmenes que lleva durante el trago y además llegará mucho mas caliente, en una palabra, llegará a los pulmones como en estado normal; mientras que en la traqueotomía el aire penetra directamente por la cánula y llega a los pulmones mucho mas frío y con mayor cantidad de microorganismos patogenos; de aquí que se explique lo expuesto por varios autores que las complicaciones bronco-pulmonares sean mas frecuentes en los traqueotomizados que en los intubados. Muchos autores dicen que la mayoría de enfermos que han curado con la traqueotomía mueren antes de los 25 años víctimas de la tuberculosis. (Laudouy y).



170

Una vez extraído el tubo el enfermo se encuentra en condiciones ya normales o poco menos, mientras que una vez extraída la cánula, siempre debe aguardarse la cicatrización de la herida que tardará más o menos tiempo. Habiendo una superficie abierta, siempre será mucho más fácil la infección de esta, dándose el caso muchas veces de cubrirse, la herida, de falsas membranas que hacen muy difícil la cicatrización.

Además puede añadirse que la expectoración es mucho más fácil en los intubados que en los traqueotomizados; que la expulsión de las falsas membranas existentes en la parte superior se hace más fácilmente en los intubados por la columna de aire pues en los traqueotomizados el aire entra y sale por toda la parte laríngea. A menos que, aunque con afección por la compresión de las cuerdas vocales, puede articular y pronunciar fácilmente la palabra, y hacerse entender, lo que con


171

trébujé a hacer menos triste su situación, en la traqueotomía esto es imposible.

Y por fin dice Perez-Arce (1) puede añadirse una observación de Vapham y Northrup, de los Estados Unidos, a saber "que como no es operación cuenta ni de gran espectáculo, si el enfermo llega a morir, los padres no recriminarán al médico por haber hecho una operación "inútil."

Veamos ahora los inconvenientes que presenta la intubación.

En primer lugar con las dificultades antes mencionadas para alimentar al enfermo, ya hemos visto también la manera de vencerlas con mayor o menor facilidad.

En segundo lugar la intubación produce una afonía mas o menos marcada, cuando el tubo está colocado,  también cuando este está fuera; por esta afonía hay que hacer notar que no es completa, y además

(1) Perez-Arce: "L'intubation du larynx" - página 230 - Paris 1902.

los traqueotomizados mientras llevan la cánula les es completamente imposible articular la palabra. Es preciso añadir también que esta afonía no es sólo producida por la acción del tubo sino que también representan un gran papel, quizás el más importante, las alteraciones orgánicas de las cuerdas vocales, ocasionadas por la difteria. Esta afonía generalmente va desapareciendo con más ó menos rapidez una vez extraído el tubo y a medida que se van corrigiendo las demás alteraciones. Después de la traqueotomía existe muchas veces esta afonía, lo que demuestra que no es sólo debida a la estancia del tubo.

El tubo determina ulceraciones de la laringe, es verdad, pero no con la frecuencia que han creído algunos autores, entre ellos *Arriaga* (1). Pero en contraposición debemos advertir que la cánula traqueal, las produce también y con mayor frecuencia, además que ulceración más grande y más



(1) Arriaga - "La difterie et la serumthérapie" - Paris 1898.

173  
constante que la Herida Traqueal, que deja muchas  
veces estenosis traqueales, por las bridas cicatriciales,  
que se forman y que muchas no vemos precisa-  
dos a dilatar. A esto se podrá contestar que las  
ulceraciones traqueales no revisten la impor-  
tancia de las laringeas, es verdad, pero en cam-  
bio que proporción tan diferente entre unas  
y otras, mientras las laringeas o producidas  
por la intubación son rarísimas las otras es-  
tán a la orden del día.

Algunas veces la intubación no alivia  
el estado del paciente y la traqueotomía si,  
por existir una difteria traqueal, pero en estos  
casos, desgraciadamente la práctica ha de-  
mostrado que la traqueotomía fracasaba tam-  
bien la mayor parte de veces; pero esto no quie-  
re decir que debemos permanecer inma-  
don de brazos delante de un caso de difteria natu-  
raleja, no, siempre deberemos intubar en un  
no u otro sentido.

El tubo puede obstruirse, puede ser expul-

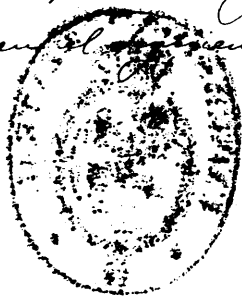


174

sado; esto es un inconveniente, si, pero no re-  
viste tanta gravedad como á primera vista pa-  
rece, ya hemos visto y dado las instrucciones ne-  
cesarias para evitar ó dominar este acciden-  
te dejando en último término el hilo de se-  
guridad.

Con todo esto me parece suficientemente  
demostrado y confirmado lo que al principio  
de este capítulo decía y es que los inconv-  
enientes de la intubación son de poca impor-  
tancia y sus ventajas grandes, mientras que  
en la traqueotomía sucede lo contrario, las  
ventajas son pequeñas y grandes y de grave-  
dad los inconvenientes.

Ventajas é inconvenientes de ambos  
métodos que para mayor comparación y ma-  
yor claridad voy á resumir en el siguiente:

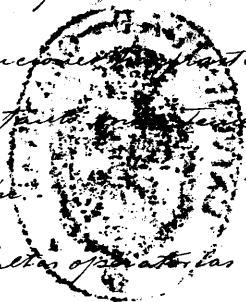


## Paralelo entre la intubación y la traqueotomía

### Intubación

### Traqueotomía

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- No es operación cruenta y además es de mayor seguridad.</li> <li>- Los padres la permiten a la indicación del médico sin oponer resistencia</li> <li>- Es una operación que el médico puede ensayarla en el cadáver, adquiriendo verdadera habilidad y seguridad, cuando la ha practicado algunas veces.</li> <li>- Las faltas operatorias, cuando se cometen son de poca importancia.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es operación cruenta y muy delicada de cuyo éxito nunca puede responderse</li> <li>- La familia niega muchas veces el consentimiento; solo lo dan en el último extremo y muy recelosamente.</li> <li>- Los ejercicios sobre el cadáver no dan seguridad de ninguna clase, pues es completamente distinto, y el operador, cuando más intervenga en la operación en el vivo, tanto más teme la operación.</li> <li>- Las faltas operatorias se cometen fácilmente por habil que</li> </ul> |
|--|---|



## Intubación

lis, y no comprometen la vida del paciente

- Cuando esta fracasa nos queda como recurso la traqueotomía.

- La intubación no produce hemorragias.

- La intubación puede repetirse varios veces sin graves inconvenientes.

- La respiración sigue su trayecto fisiológico, y el aire entra a los pulmones en condiciones casi normales de calor, humedad, etc.

- Las complicaciones broncopulmonares son menos frecuentes.

## Traqueotomía

sea el operador, y estas en su mayoría comprometen la vida del enfermo.

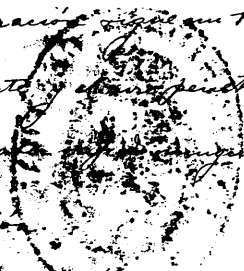
- Cuando esta fracasa no nos queda mas recurso que ver morir al pobre enfermo.

- Las hemorragias son muy frecuentes y a veces de mucha gravedad.

- La reintroducción de la cánula, cuando han pasado algunas horas de extraída, es muy difícil, exigiendo a veces una nueva incisión.

- La respiración sigue un trayecto diferente y el aire penetra en los pulmones en condiciones fisiológicas y sin haber sufrido ninguna modificación.

- Las complicaciones broncopulmonares son mas frecuentes.



## Intubación

La hidroterapia y balneación se hacen con facilidad.

- Una vez extraído el tubo queda el enfermo en condiciones casi normales.

- La expectoración y expulsión de falsas membranas se hace con mayor facilidad favorecida por la tos.

- El enfermo aunque afónico puede articular la palabra y hacerse comprender.

- La alimentación es más difícil.

- La intubación algunas veces, produce ulceraciones.

- El tubo puede obstruirse y producir graves trastornos aunque raras veces.

## Traqueotomía.

- Los traqueotomizados son candidatos a la Tuberculosis (Hendouzy).

- La balneación es imposible o muy dificultosa.

- Una vez extraída la cámara queda la herida que tarda mas o menos a cicatrizar y puede infectarse.

- La expectoración y expulsión de falsas membranas laringeas es muy difícil.

- El enfermo no puede hablar, haciéndose comprender solo por señas o por escrito.

- La alimentación es mas fácil.

- Las ulceraciones en la garganta son muy comunes por la permanencia.

- La cámara, si se obstruye puede retirarse fácilmente.



---

Después de todo lo manifestado hasta ahora, me parecen, Señores, suficientemente demostradas, las siguientes afirmaciones, que a manera de resumen voy a exponer en las siguientes:

## Conclusiones.

1<sup>a</sup> La historia de la intubación, comienza con el descubrimiento de Bouehut en 1858, y mejor aun con O'Dwyer en 1880, pues todas las practicas intralaringeas conocidas desde los mas remotos tiempos hasta ~~Bouehut~~ no eran mas que rudimentarios cateterismos.

2<sup>a</sup> En la instrumentación para la intubación se han seguido, hasta ahora, dos tendencias solamente: instrumentos con mandril, y

179  
aquellas que han prescindido de este accesorio.

3<sup>a</sup>. Los instrumentos con mandril tienen ventajas sobre los que han prescindido de él, pero en cambio son mas complicados. Los instrumentos sin mandril presentan algunas deficiencias, pero son mucho mas sencillos, más sólidos y de mas fácil manejo.

4<sup>a</sup>. De los instrumentos del primer grupo los mejores y mas perfeccionados son los ideados por M. Deguy y B. Weill; y los mejores del segundo grupo son los del Dr. B. Perez-Aranda.

5<sup>a</sup>. La pinza para la intubación que yo he modificado, es superior a todos estos instrumentos, pues reúne las ventajas de ambos sin tener sus inconvenientes.

6<sup>a</sup>. La operación de la intubación comprende dos puntos bien distintos: la intubación propiamente dicha y la fijación.

7<sup>a</sup>. La intubación propiamente tal debe dividirse en dos partes, o' sean, preliminares

de la operación y operación o intubación propiamente dicha. Los preliminares aunque parecen insignificantes son de mucha importancia y consisten en la preparación del enfermo, de los instrumentos, del operador, distribución y colocación e instrucción de los ayudantes y colocación del operador.

8<sup>a</sup>. La operación o intubación propiamente tal, dividida en cuatro tiempos, o sea: 1<sup>o</sup> busca de los puntos de referencia - 2<sup>o</sup> entrada del introductor y colocación del tubo encima del orificio de la glotis - 3<sup>o</sup> entrada y descenso del tubo dentro de la laringe, y retirada del introductor y 4<sup>o</sup> colocación del tubo en su sitio definitivo, es una operación muy sencilla y que para ser bien hecha no deben invertirse mas que algunos detalles. El 2<sup>o</sup> tiempo operatorio, distinto del 1<sup>o</sup> para todos los autores, en lo referente a la posición del introductor para facilitar su entrada en la boca en la posición que yo indico pues deja a la mano mayor campo operatorio.

9<sup>a</sup>. Para la detubación hay varios procedimientos, siendo los principales, la empujación por maniobras externas y la extracción instrumental. El primero o procedimiento de Bayeux, es indudablemente mejor y más cómodo tanto para el operador como para el paciente; pero cuando este es imposible nos valdremos de la pinza extractora. Los tubos que tienen la cabeza escavada facilitan mucho esta operación; en cambio los tubos cortados a bisel y terminados en asa, la dificultan o imposibilitan, siendo por tanto los mejores los de Deguy-Weill, que tienen la cabeza escavada y su extremidad inferior redondeada.

10<sup>a</sup>. Las dificultades y accidentes de la intubación, tanto durante la introducción como durante la extracción, como durante la permanencia del tubo en la laringe, son de tanta variedad que les han atribuido algunos autores, si algunas de ellas son importantes son también raras, y al contrario las



son frecuentes, no son mas que molestias, sin importancia trascendental.

11<sup>a</sup>. Siempre deberemos procurar que el intubado esté vigilado por una persona que cuide bien de todos los detalles, principalmente que vigile la respiración del paciente, que ha de ser tranquila y casi imperceptible.

12<sup>a</sup>. El hilo de seguridad lo cortaremos y retiraremos siempre, dejándolo solo en aquellos casos que no pueda quedar al lado del enfermo una persona que pueda hacer la evulsión del tubo.

13<sup>a</sup>. Las indicaciones de la intubación se fundan principalmente en signos físicos y morales; pero como regla general podemos que la intubación está indicada siempre que encontremos en presencia de un enfermo difteria, sea angina, sea laringitis, o sea sea mas o menos comprometida por la asfixia, y que esta sea debida a un obstáculo situado al nivel de la laringe.

14<sup>a</sup>. La intubación está contraindicada en aquellos casos que por malformaciones anatómicas o por otras causas como edemas, infiltraciones, etc. sea materialmente imposible realizarla y también, cuando el obstáculo reside mas bajo que la laringe, como sucede en las difterias traqueales y bronquiales; en estos casos daremos la preferencia a la Traqueotomía.

15<sup>a</sup>. La oxero-terapia ha venido a prestar un gran auxilio a la intubación y esta a su vez presta un gran concurso a la oxero-terapia, de manera que la una es el complemento de la otra.

16<sup>a</sup>. En terminos generales podemos decir que la intubación necesita de su oportunidad; y que nunca debemos esperar el último momento para intervenir no permitiendo que el enfermo pierda sus fuerzas luchando con la asfixia. La intervención in extremis, para aquellos casos que no nos sea posible hacerlo antes. En los casos de síncope o de muerte aparente, optare-

mos siempre por la traqueotomía.

17<sup>a</sup>. No es posible dar reglas para la intubación; pero tendremos siempre presente que cuanto menor tiempo permanezca el tubo dentro de la laringe, tanto mejor, siendo por término medio de unas 36 á 60 horas, la duración total de la permanencia del tubo en la laringe. Para la intubación nos adaptaremos al estado del enfermo.

18<sup>a</sup>. La intubación, comparándola con la traqueotomía, podemos decir de una manera general que tiene inconvenientes, pero que son pequeños, siendo sus ventajas grandes; y lo contrario sucede en la traqueotomía que tiene sus ventajas pequeñas y grandes y de gravedad los inconvenientes.



Señores, he concluido

Santiago Lajo



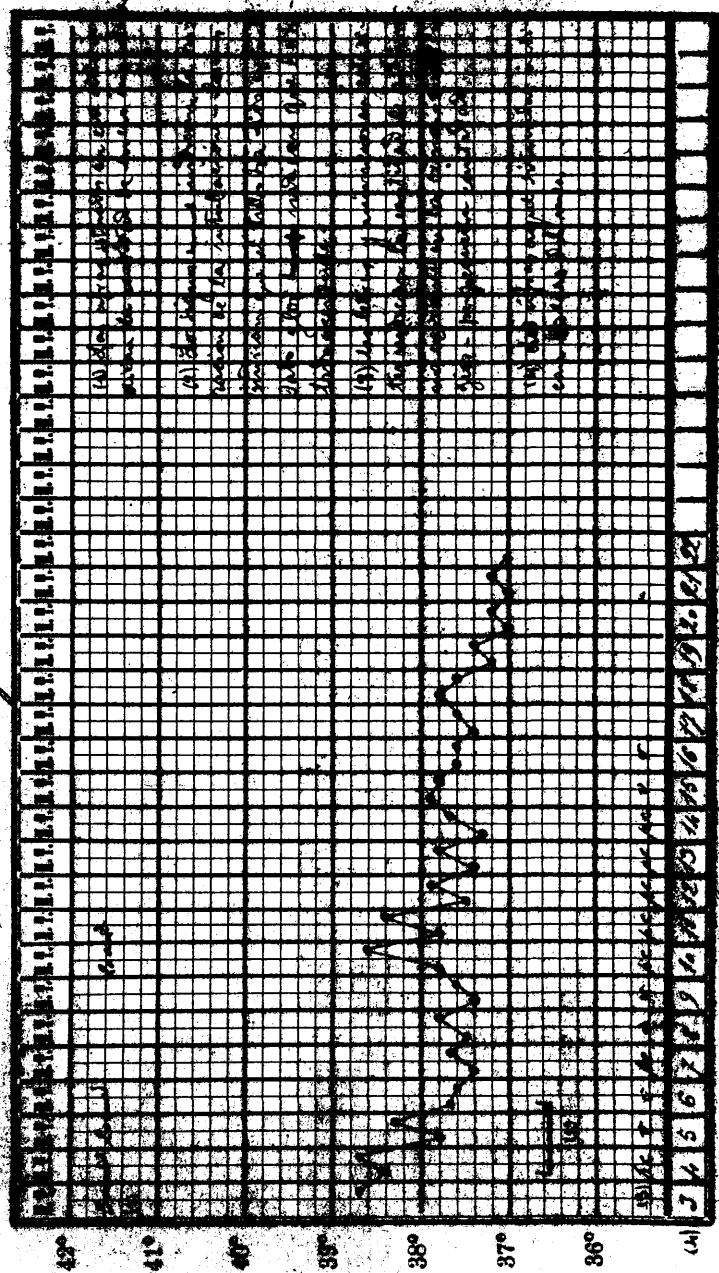
## Observación n.º 1.

Día 3 de Mayo. - H. L. - Cuatro años. - Ha sido alimen-  
tado con el tiberón desde su nacimiento. Enferma hace ocho días,  
del sarampión, cuya erupción se declaró el 24 de Febrero. Tie-  
ne también la coqueluche. Está en estado bastante grave, respi-  
ración difícil. Inyección de 20 granos de suero Roux. In-  
tubación al día siguiente por la mañana. Nueva inyección  
de 20 granos de suero Roux el día 5. Extinción del tifo el 6 por  
la mañana. Las falsas membranas no se desprenden y se ha-  
ce otra inyección de 20 granos de suero Roux. Las fauces se hin-  
chan y todo sigue bien.

Está el día 22 de Mayo.

*Diagnostico*

*Framen microscópico Bacile largo*



Observación N.º 8

Día 3 de Mayo - M. E. 8½ años. - Ha padecido una bronquitis a los dos años. Sufría, hace cuatro días, de la garganta, con escape de saliva, anorexia, tos, vómito, entra con frage. - Inyección de 20 gramos de oxígeno Purp. e Inyección. - Nueva inyección de 20 gramos de oxígeno el día 5. - Destribución el día 6 por la mañana. El 7 las fauces están bastante limpias.

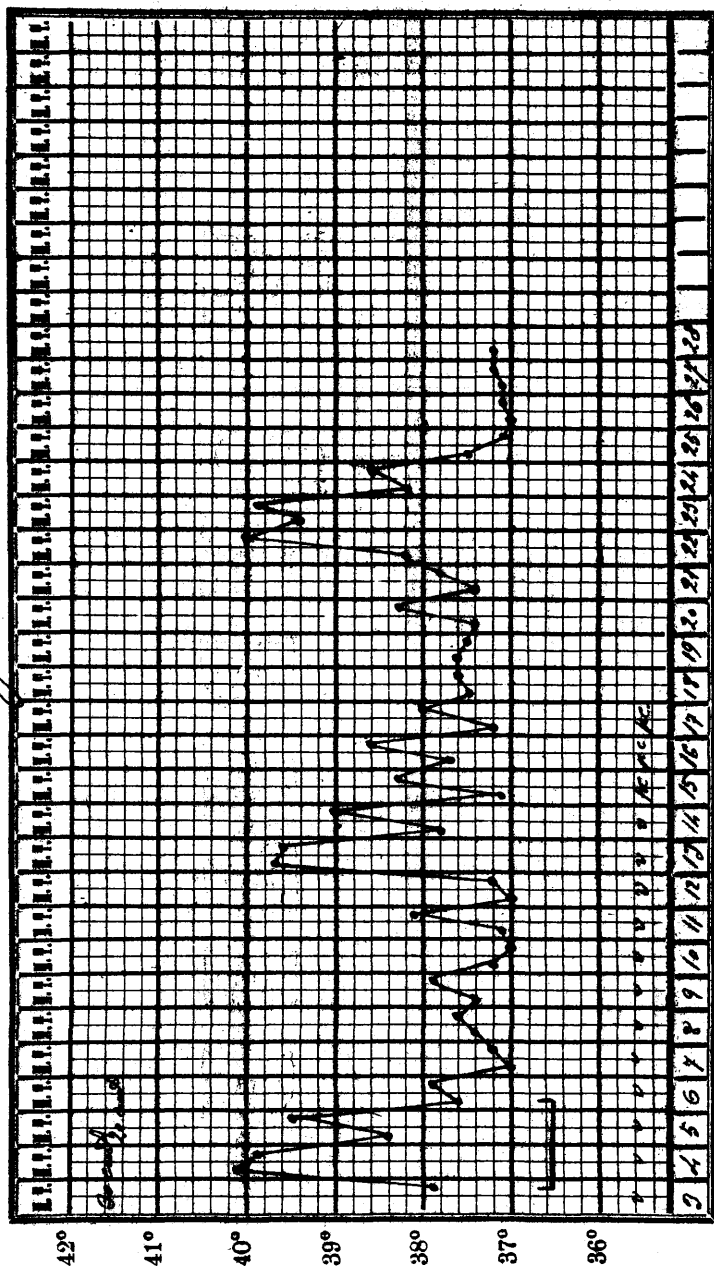
El día 13 síntomas de bronco-pneumonia; seriedad muy disminuida en la fase sub-epidémica y gorgoteo, pequeños estertores crepitantes cuando tose; tos desaparece a los dos días.

El 22, inyección escarlantina; forme, que desaparece poco a poco. cede el día 28 de Mayo.

Observación núm. 2 Dia 2 de Mayo de 1901 Chancé de edad 8 1/2 años

Diagnóstico Cerebral - Cráneo

Examen microscópico Bacilo largo





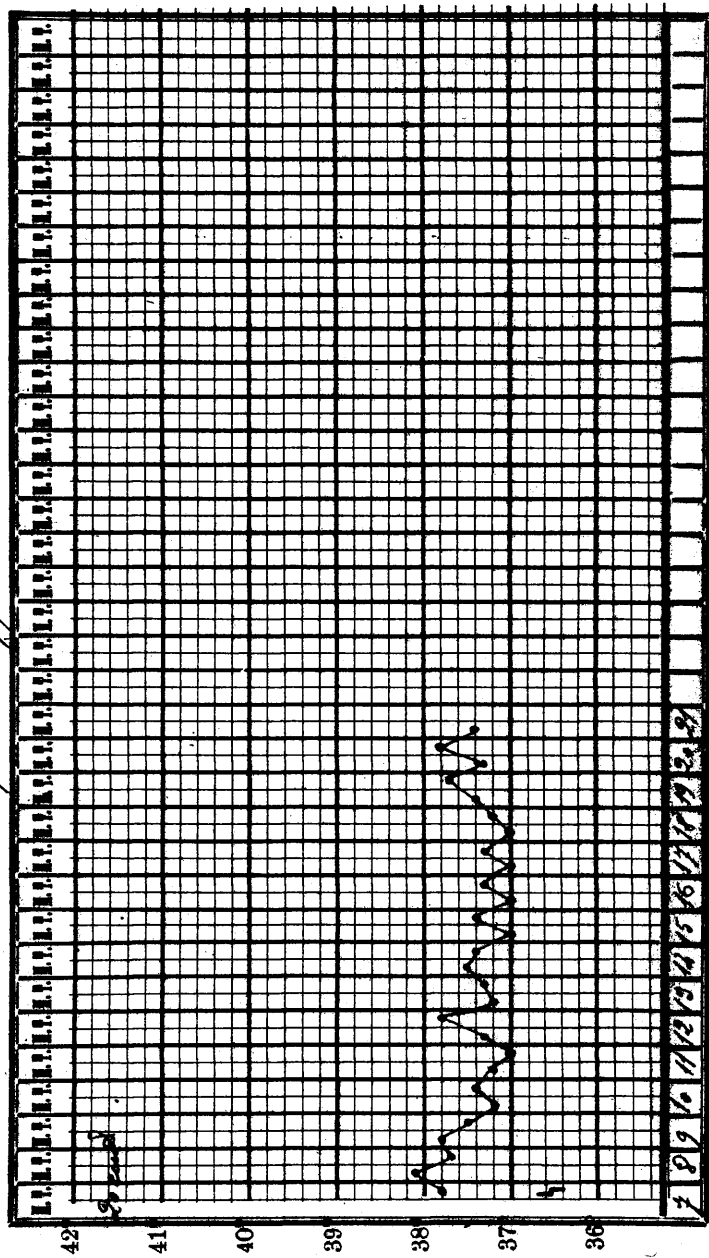
### Observación n.º 3

Dña. F. de Mayo - 86. D. 80 años. - Predispuesta a enfermedad del aparato respiratorio. Suprimo del cuello hueso octavo ling; incompetencia, ensordecimiento, tos roncaca, voz conservada, respiración difícil. Se le instituye con un tubo de Sevoste proporcionado a su edad, y a las pocas horas espulsa el tubo en un acceso de tos, sin que haya necesidad de una intervención. Inyección de 20 gramos de suero anti-difteria.

Salte el día 24 de Mayo.

Diagnóstico *C. fragilis*, *S. plauti*, *S. embrosae*, *ligera*

Examen microscópico *Schistosoma y cercas*



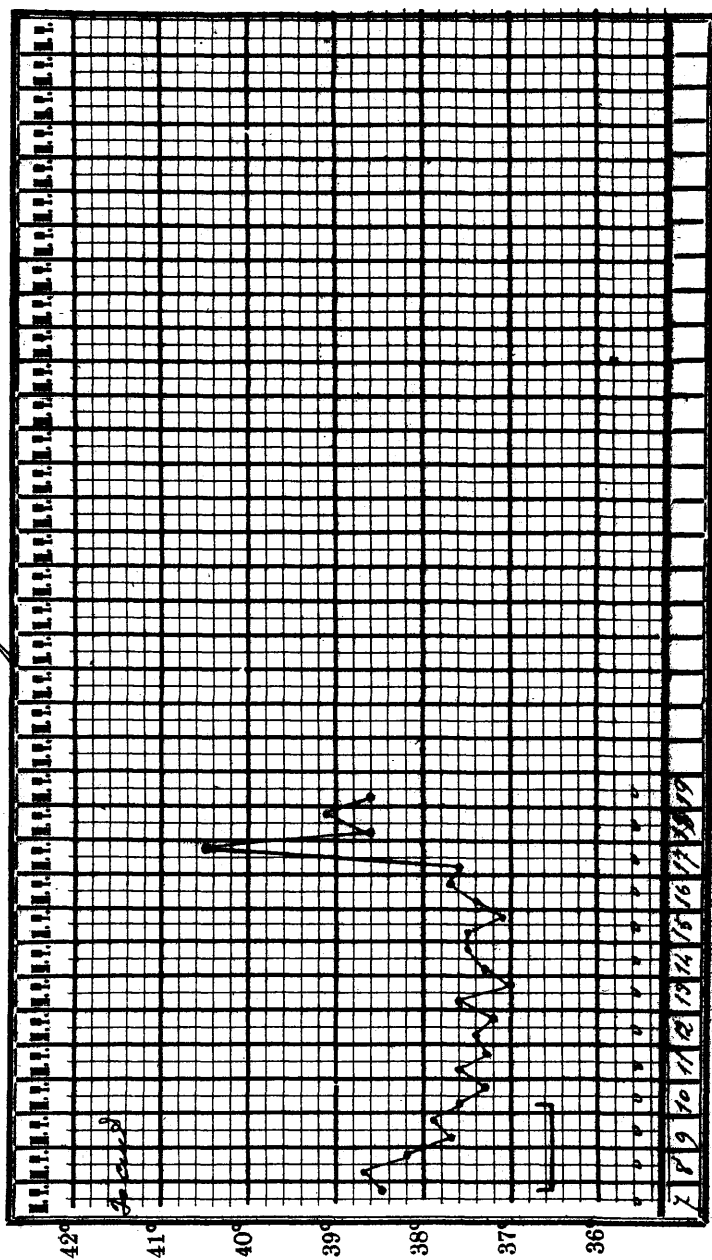
### Observación n.º 4

Día 7 de Mayo. - M. D. - Nueve años. - Hace tres días que padece de la garganta. Se presenta con las fauces rubicundas, anagales particularmente la derecha, muy abultados, espandidos pseudo-membranosos, pero extendidos, de un color grisáceo. Adenopatía cervical - Fiebre ténue, intermitente. Inyección de 10 gramos de suero Roux. Sívage, intervención - Detubación el día 10

El 11 los exudados han desaparecido.

El día 14, erupción de escarlatina verdadera, por lo que es trasladada a la sala de la escarlatina el día 19 de Mayo.

Observación núm. 4. Día 7 de Mayo de 1901. Marie D. de edad 2 años  
 Diagnóstico *Angina pseudomembranosa larga*  
 Examen microscópico *Bacilo largo*



Observación n.º 5.

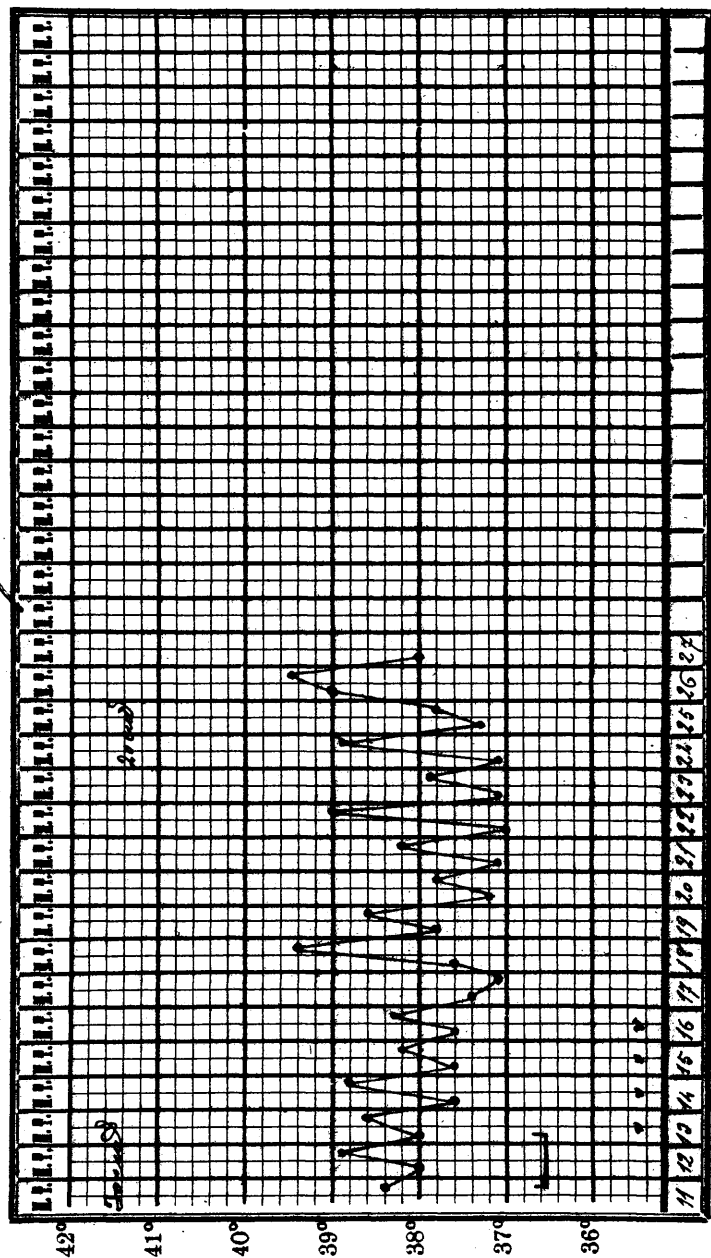
Día 11 de Mayo - M. L. Dos años. - Entro con traje acen-  
tuado, inapetencia; insomnio, tos seca. - Inyección de 20 gramos  
de suero Romp. - Intubación. - Ligera adreupatia cervical el día  
18 - el 25 se encuentra una nueva placa pseudo membranosa en  
la amígdala izquierda; nueva inyección de 20 gramos de suero an-  
tidifterico Romp. - Bronco-pneumonia ligera en el pulmón iz-  
quierdo con pleuresia. el día 26.

En estado grave, sale del hospital por las exigencias de su  
madre el día 24 de Mayo.

Observación núm. 5 Dia 11 de Mayo de 1901 C. Maurice L. de edad 2 años

Diagnóstico *Changina pleuro-enterica*

Examen microscópico *B. coli melanae* y *caec.*



Observación n.º 6

Día 11 de Mayo - C. M. C. - Tres años y medio. - Procede de la sala del Hospital cuya erupción se declaró el día 10.

El día 11 se encuentra con intensa laringitis, sin angina.

Intubación inmediata por espigilo en estado. - El 13 detención, habiendo necesidad de nueva intubación inmediata,

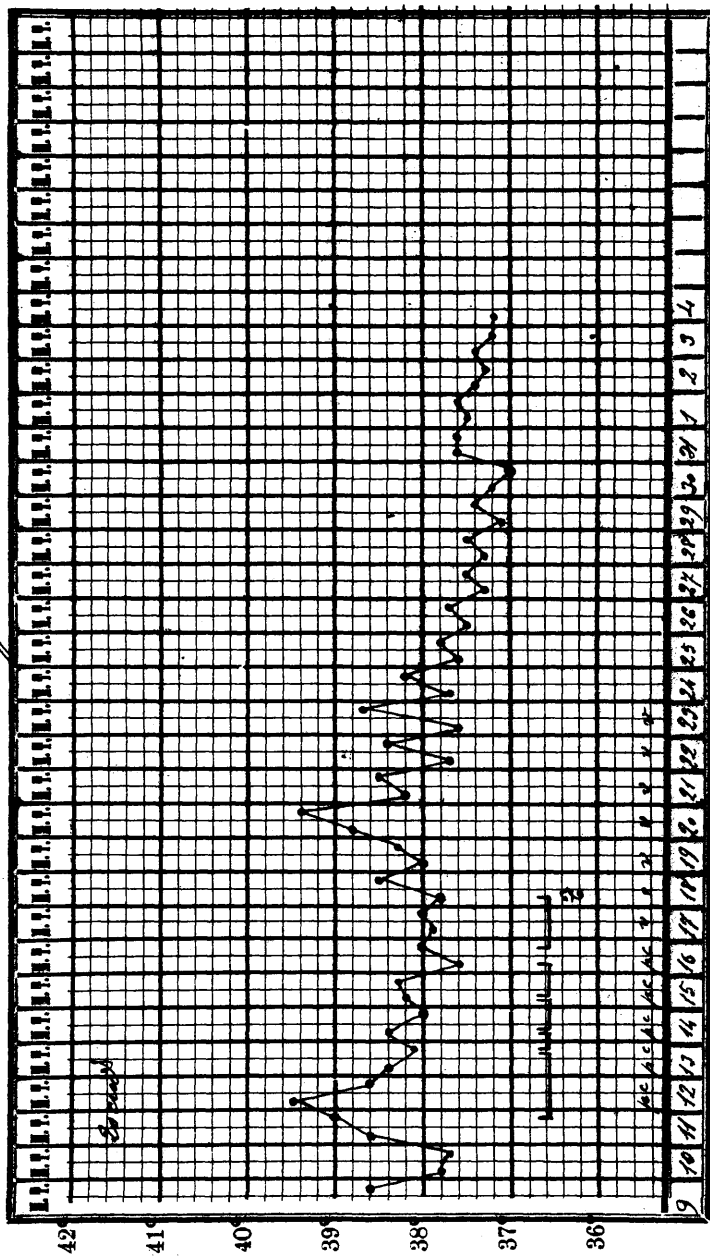
lo mismo sucede los días 14, 15 y 16. - El día 18 se extrae de nuevo el tubo, presentándose otra vez la asfiquia y se hace la traqueotomía. El día 15 desaparece casi del todo la erupción de la erupción. La crinola tragable se extrae sin accidentes.

Sale el día 16 de Abril.

Observación núm. 6. Día 11 de Mayo de 1901 C. Marguerite L. de Sed. L. L. L.

Diagnóstico *Laringitis interita*

Examen microscópico *Episio largo*





Día 13 de Mayo - c. 18 - Veinte meses - A un año de  
 el varangón. Infancia de la garganta hace cinco días de  
 inapetencia, tos seca, voz apagada, respiración difícil. No hay  
 pusilla; ligera adenopatía; infección de los ganglios del cuello.  
 Irritación, y al por rato el tubo es espumoso, teniendo que  
 volverse a introducir. El 15 se extrae el tubo y se inicia  
 Destilación definitiva el 16.  
 Sin más accidentes sale el día 18 de Mayo.

Examen microscópico

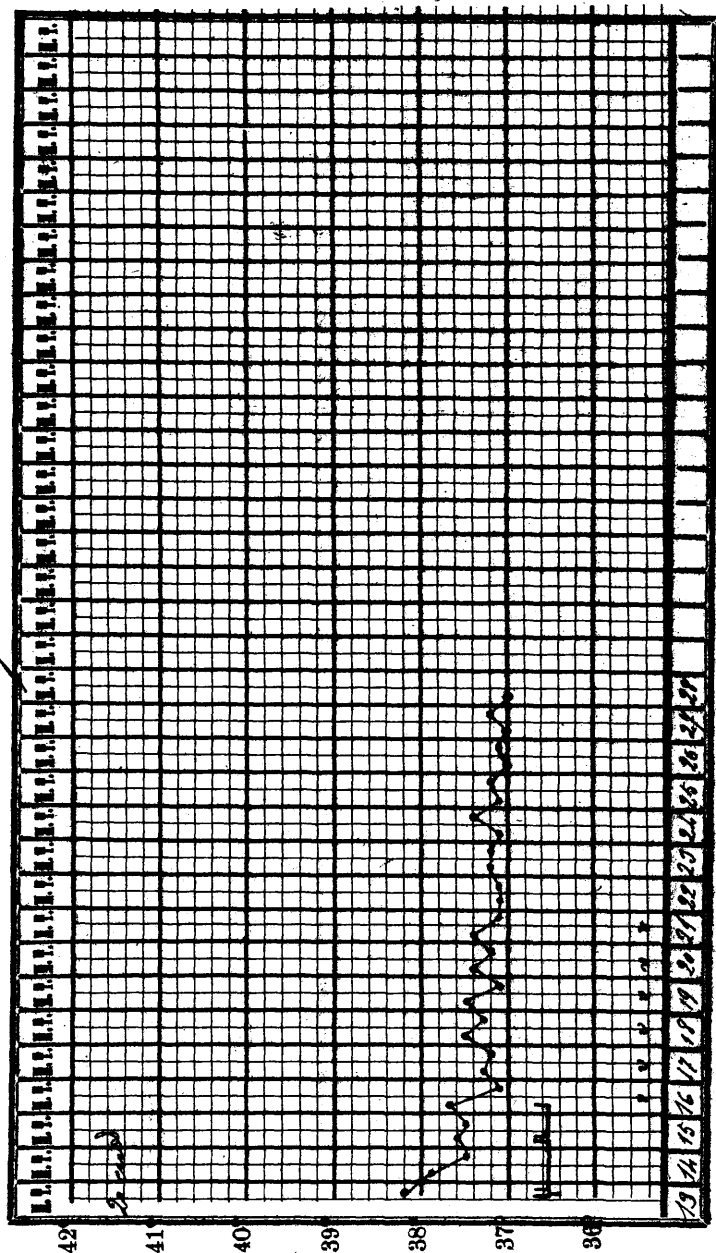
Diagnóstico

Operación más Día 28 98 1001 98 9999

Observación núm. 7. Día 12 de Mayo de 1901. Chané. L. de edad 22 años.

Diagnóstico (Grupos) - *Am. argyria*.

Examen microscópico *Bacil. largo*.



Observaciones m.º p.  
 Día 16 de Mayo - L. C. - Lido negro. - Ha tenido la viruela  
 la noche 15 días. Lucha con la respiración difícil, muy propagada,  
 exudados predominantemente cubren principalmente la parte de  
 pecho, también entra con un foco de broncopneumonia en la  
 base derecha. Los intestinos y espanta el hilo. al día siguiente me-  
 va introducción. Los intestinos engordados en la base derecha, delena-  
 ción. Inyección de 20 gramos de suero. Paro  
 el 19 de Mayo al día 16 de Mayo.

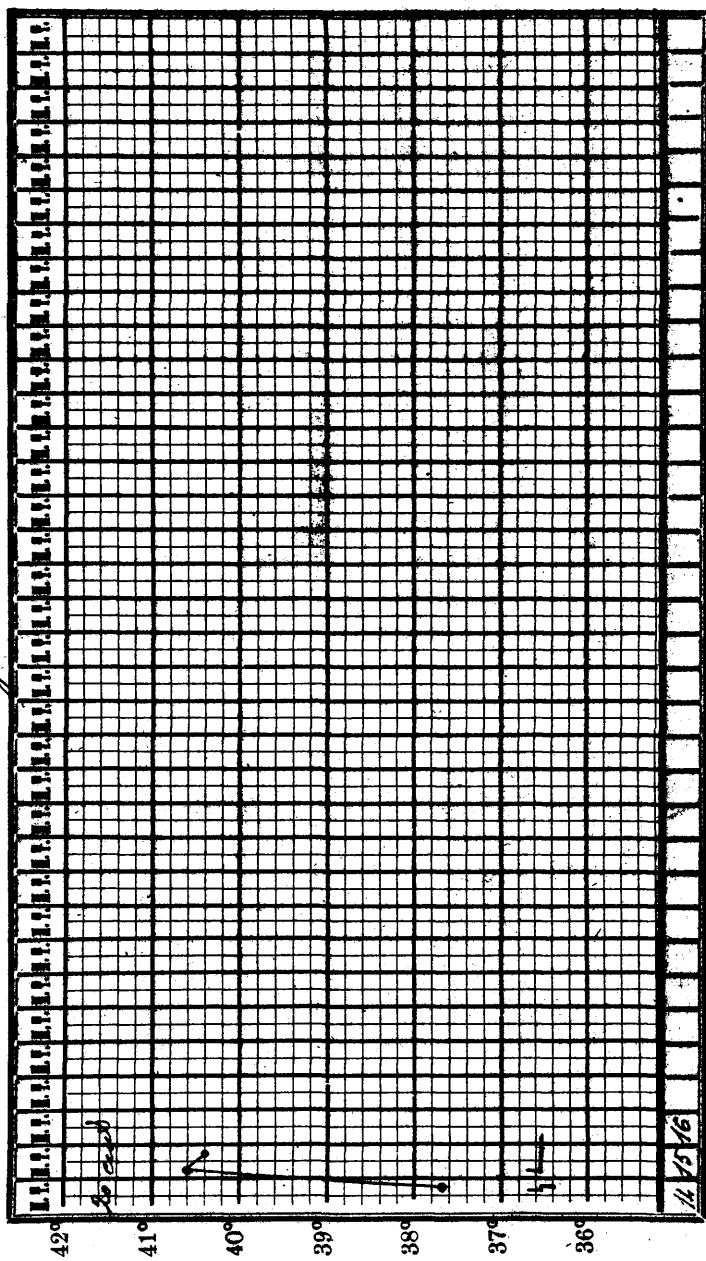
94 48356

94 17501

94

Observaciones Mayo 7 10

Observación núm. 8. Día 14 de Mayo de 1901 Lucienne S. de edad 7 años  
 Diagnóstico *Aspergillus fumigatus* de la cavidad oral. - *Exceso* - *pneumonia* - *lado derecho*  
 Examen microscópico *Basilla* - *larga* -



Observación n.º 9

Día 15 de Mayo. - Est. 6. - Viente nublado. - Hace ocho días que tiene una bronquitis. Cough con laringitis, tos seca, voz gorda. Bronco-pneumonia, exagraración de la transmisión del aire. Laringes, suba todo en la parte izquierda. - Inyección de la gran de suero Bony. Inyección: Baños calientes. El 19 macis de consiliente en la base y septe extendido por caso. Todo el pulmón derecho. Se practica una punción exploratoria que da sangre.

El día 20 macis extendida por todo el pulmón derecho, un poco de escudismo. Inyecciones de suero artificial. - Baños calientes.

Macis el día 20 de Mayo.

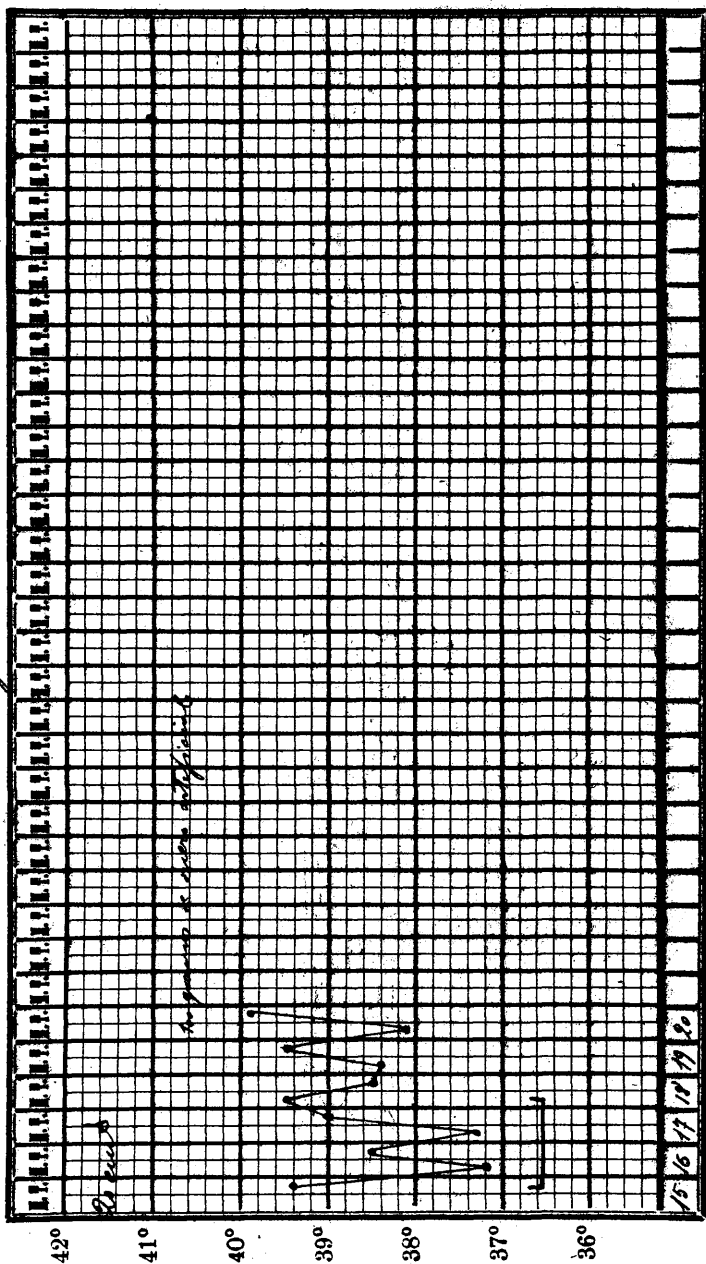
Revisión

Observación n.º 10

Observación núm. 9 Dia 15 de Mayo de 1901 Chingile St de edad 2 meses

Diagnóstico Laringitis - Bronco - pneumonia

Examen microscópico Bacilo largo



## Observaciones a la

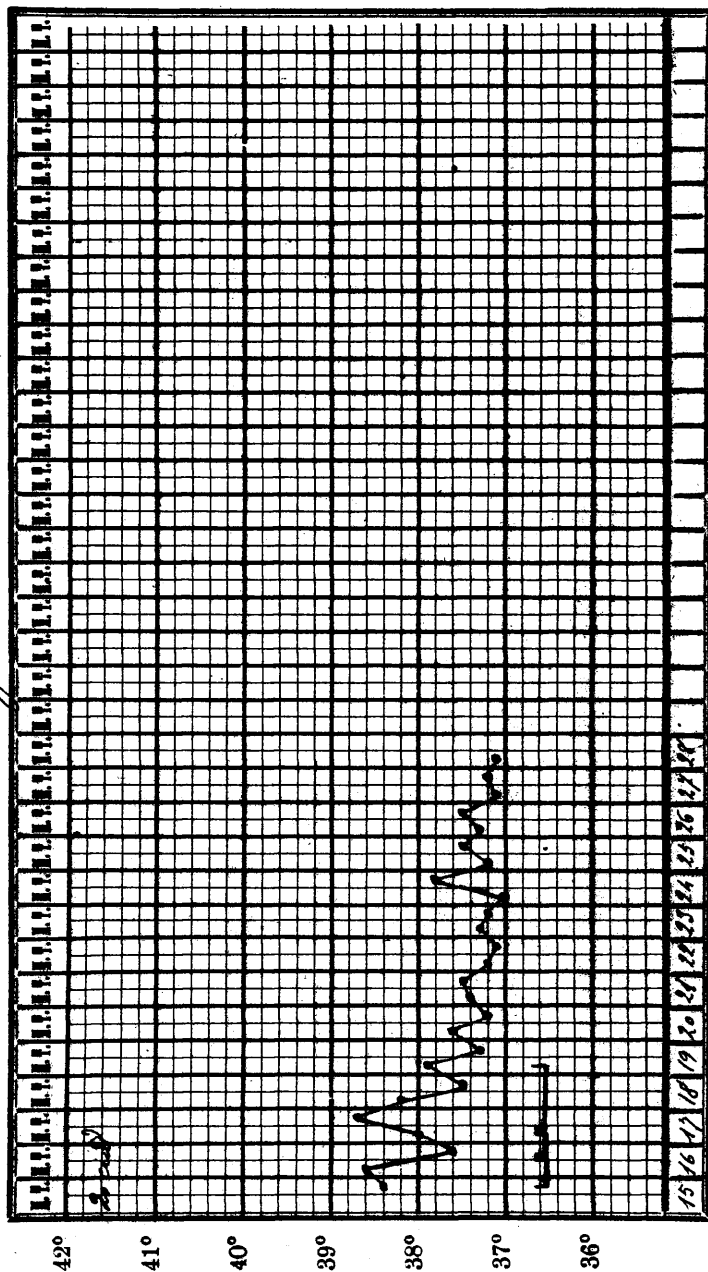
Día 18 de Mayo - M. J. - Dos años. - Ha tenido otros, lo  
predispuesto a resaca. Entra con muy apagada, lampista, espunde  
se prende - meubranas sobre la muy alta y guinda. Dopo gra-  
de en la base del lado derecho, placencia ? Inyección de la gra-  
mos de oros Plomp. Es irritado el mismo dia por la tarde. Espunde  
grandes falsas membranas, que obligan a detenerlos el día 18 por  
obstrucción <sup>del tubo</sup> y luego nueva intubación - El 19 se extrae de nuevo el  
tubo, espunde falsas membranas enormes, después de la de-  
tubación; nuevos ataques de asfixia que obligan a reintubación  
al enfermo. Detubación definitiva el día 20.

Extra el día 28 de Mayo.

Observación núm. 1. de 1901 de c. Hays de edad 2 años

Diagnóstico *L. aringitica* - *angustissima* - *ligata*

Examen microscópico *Bacila larga* - *coral*





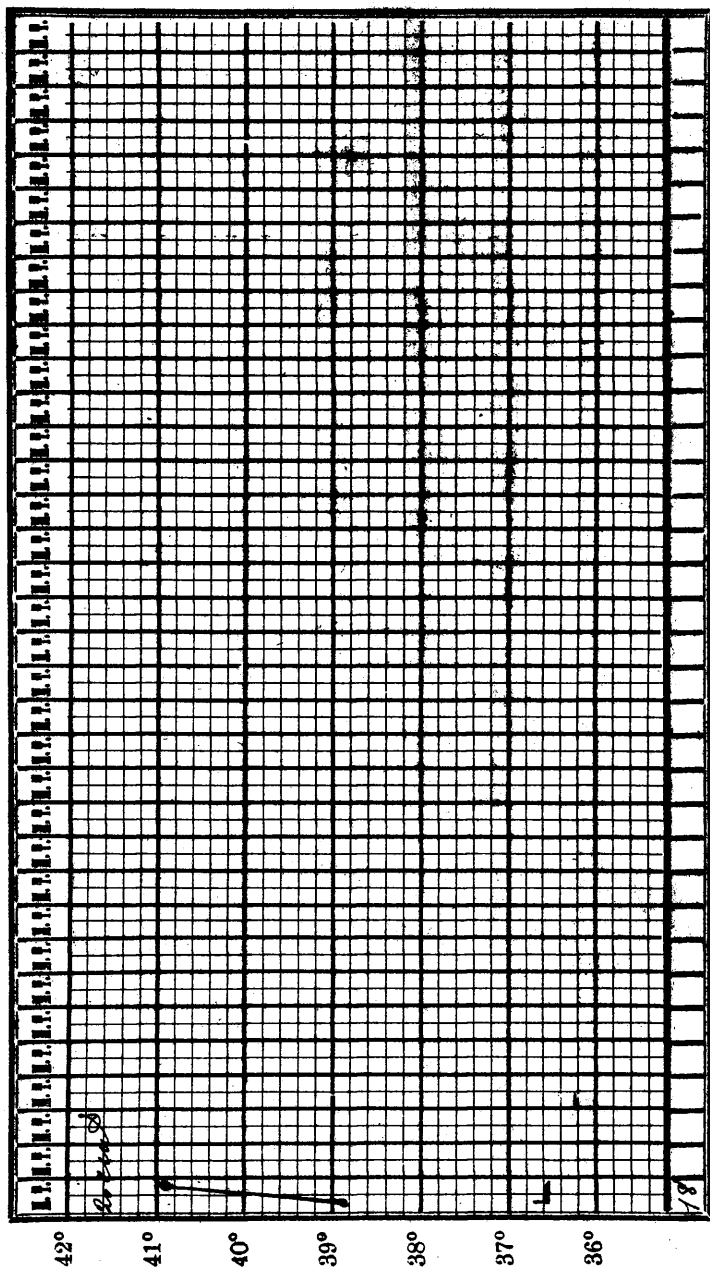
Observacion n.º 11.

Dia 18 de Mayo. - H. W. - Veinte y dos meses. Buena con-

servacion. Oído, muy inteligente, mas pronunciada en la parte derecha. Grandes falsas membranas cubren todo el lado derecho por delante de la amígdala; respiración muy dificultosa. Intubación, inyección de 20 granos de suero Roux.

Por la tarde la temperatura se eleva a 40.9° y muere por la noche.

Observación núm. 11. Día 18 de Mayo de 1901. *Eléctrico* de edad 22 meses,  
Diagnóstico *Chiquita, planta encucada con 8-10*  
Examen microscópico



Observación n.º 12

Dom 18 de Mayo - T. C. - Diez meses. - Los brace tres

días, inapetencia, icterismo, tos seca, voz apagada, respiración difícil. Exudado fibrinoso membranoso sobre las dos amígdalas y se extiende por las fauces. Laringitis. - Inyección de los ganglios de cuello. Rony. Intubación.

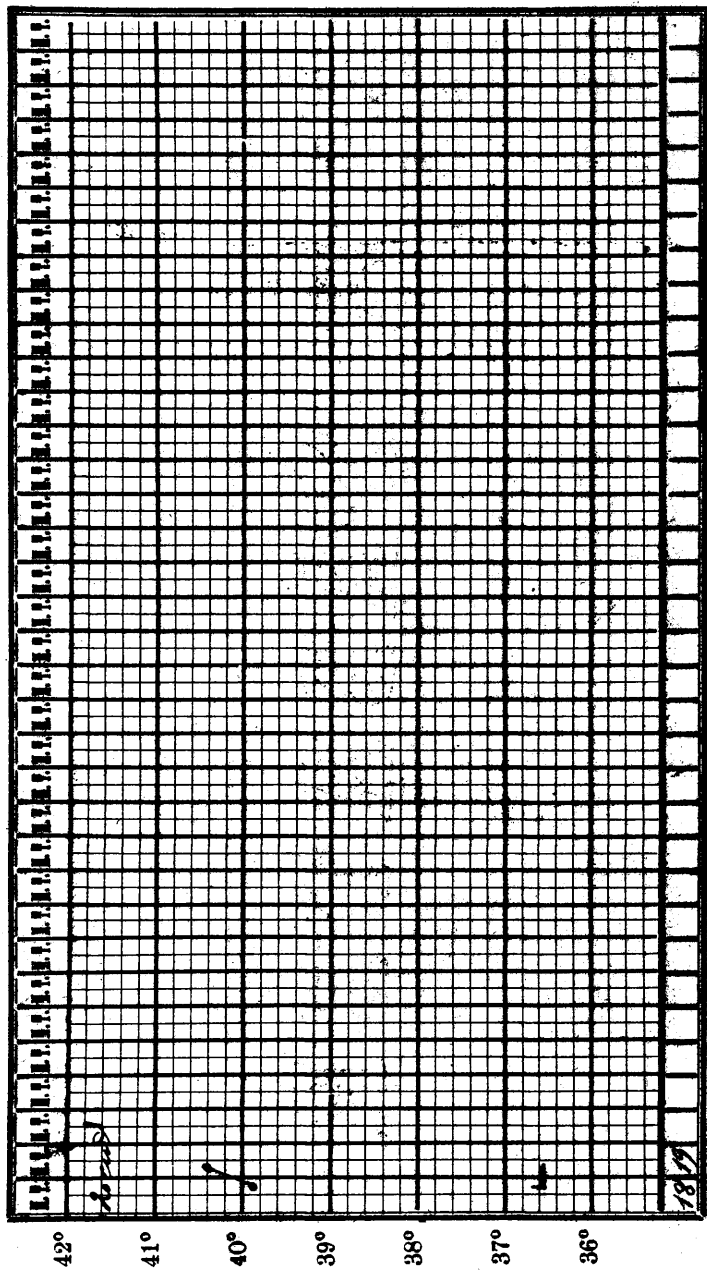
Signos claros de bronco-pneumonia.

Murió el día 19 de Mayo.

Observación núm. 12. Día 18 de Mayo de 1901. Termino L. de Sed. Lezama

Diagnostico *Chagasia* *paucicamerata*

Examen microscópico



Observación 22.º 12.

Día 18 de Mayo. L. P. - Cuatro años - Bronquitis a los dos años, varanpin a los dos años y medio. Hace cuatro días que no se encuentra bien y todo que padeció del cuello. Entra con inapetencia, insomnio, tos seca, voz afónica, tiraje muy pronunciado. Inyección de 2 gramos de suero Roux. Intubación al día 19 por la mañana. Al día siguiente la garganta completamente limpia. Los cultivos no se han desarrollado; Estériles, sin embargo, por falta de infección pulmonar.

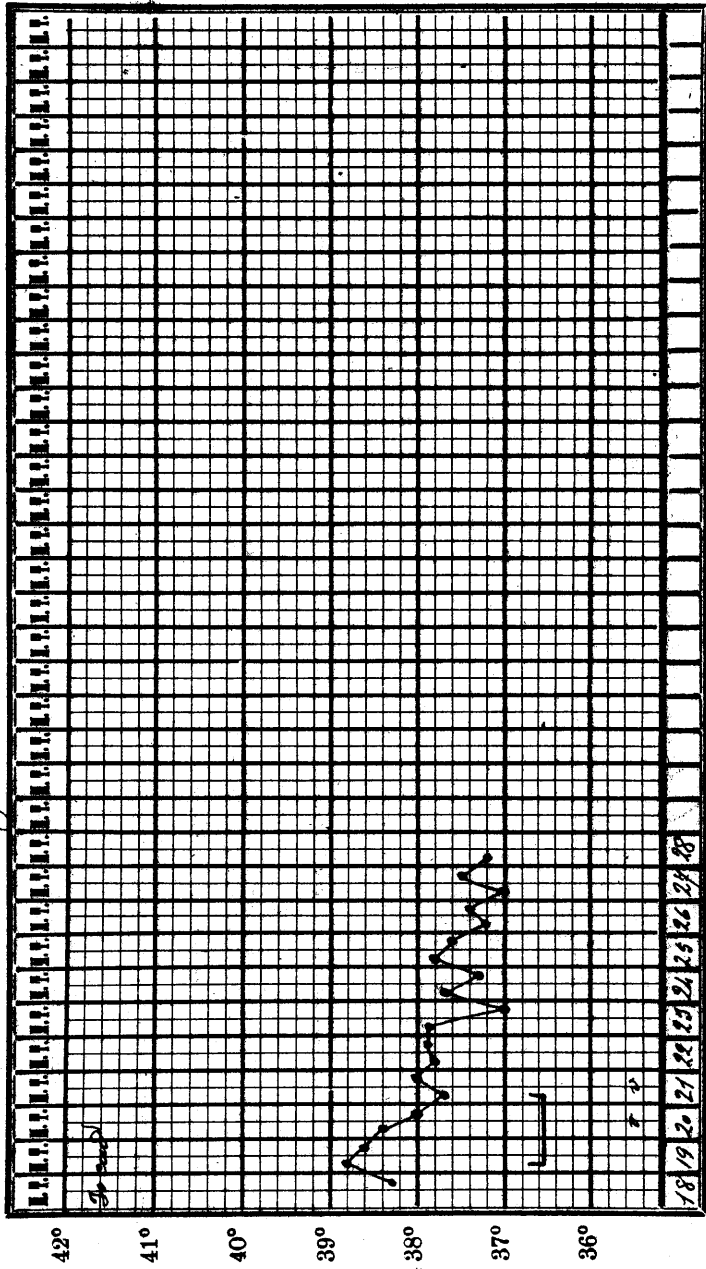
El día 21 extracción del tubo. Testigo de albúmina en la orina. Los días 20 y 21.

Cale el día 28 de Mayo.

Observación núm. 12 Día 18 de Mayo de 1901 Fernando P de edad 4 años

Diagnóstico *Leucisgata* - *vicinia*

Examen microscópico *negativo*



### Observación n.º 14

Día 19 de Mayo. - M. N. - Cuatro años y medio. - Aun no tiene una bronquitis y el parangón a los tres. Hace ocho días que está enfermo, y se queja del cuello hace tres. Entra con inapetencia, insomnio, tos seca, voz apagada, tiraje acci-  
tuado. Espiración prebre-membrana localizada en la mitad infe-  
rior de la arieta izquierda. Inyección de 30 granos de trece-  
dona. Intubación. Distribución al día siguiente por la mañana. El  
21 se presenta menor tiraje y menor intubación hasta el 22 por la tar-  
de que se extrae el tubo.

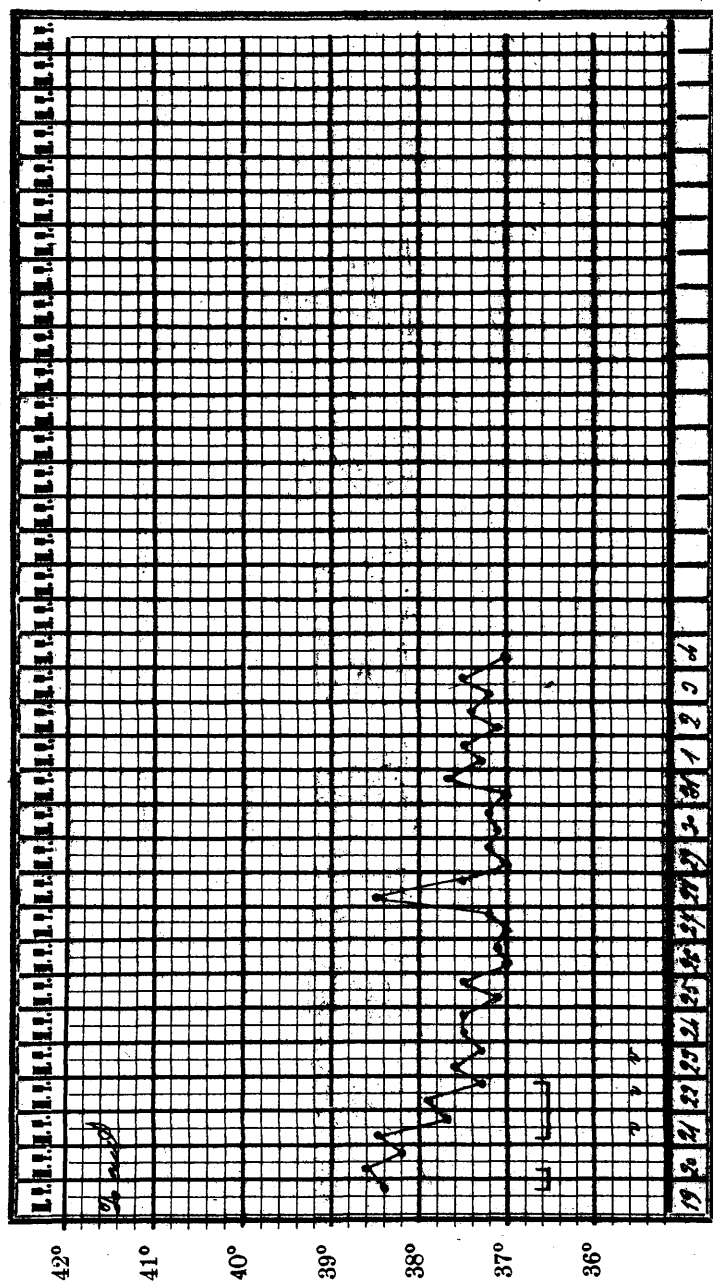
Se ve que se excusaba la cirugía. La temperatura se eleva a 38.5 el  
día 22, pero vuelve a la normal al día siguiente.

Posterior de albumina en la orina los días 21, 22 y 23.

Observación ním. 104. Día 19 de Mayo de 1901 *Mauricio R. de los Angeles*

Diagnóstico *Causa*

Examen microscópico *Basils mediana Causa*





Observación n.º 13

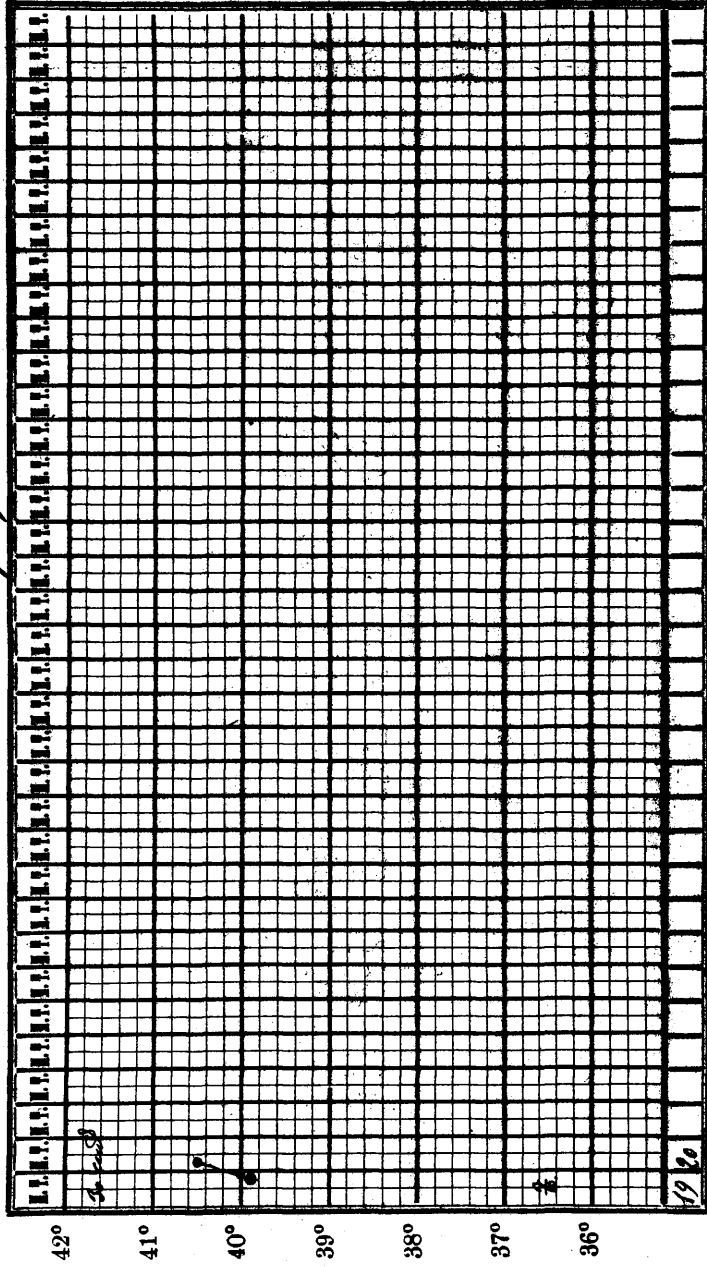
Día 19 de Mayo. - J. C. M. - Dis ains. - Trifurca. Desde el día anterior; incapacidad, insonnia, tos ronc, esp. extinguida, respiración fatigosa. Vendado pseudo-membrano en la amígdala izquierda extendiéndose por la faringe. La respiración es tan difícil, y el trago tan intenso que se hace la traqueotomía de primera intención. Inyección de 20 granos de Ácido. Romp.

El estado sigue de mal en peor y el niño muere el día 20 de Mayo.

Observación núm. 15..... Día 29 de Mayo..... de 1901 *Georgette*..... *cm*..... de edad *Laura*

Diagnóstico *Angina*..... *Grupa*.....

Examen microscópico *Corad*..... *Placido*..... *largo*..... *y*..... *mediana*.....



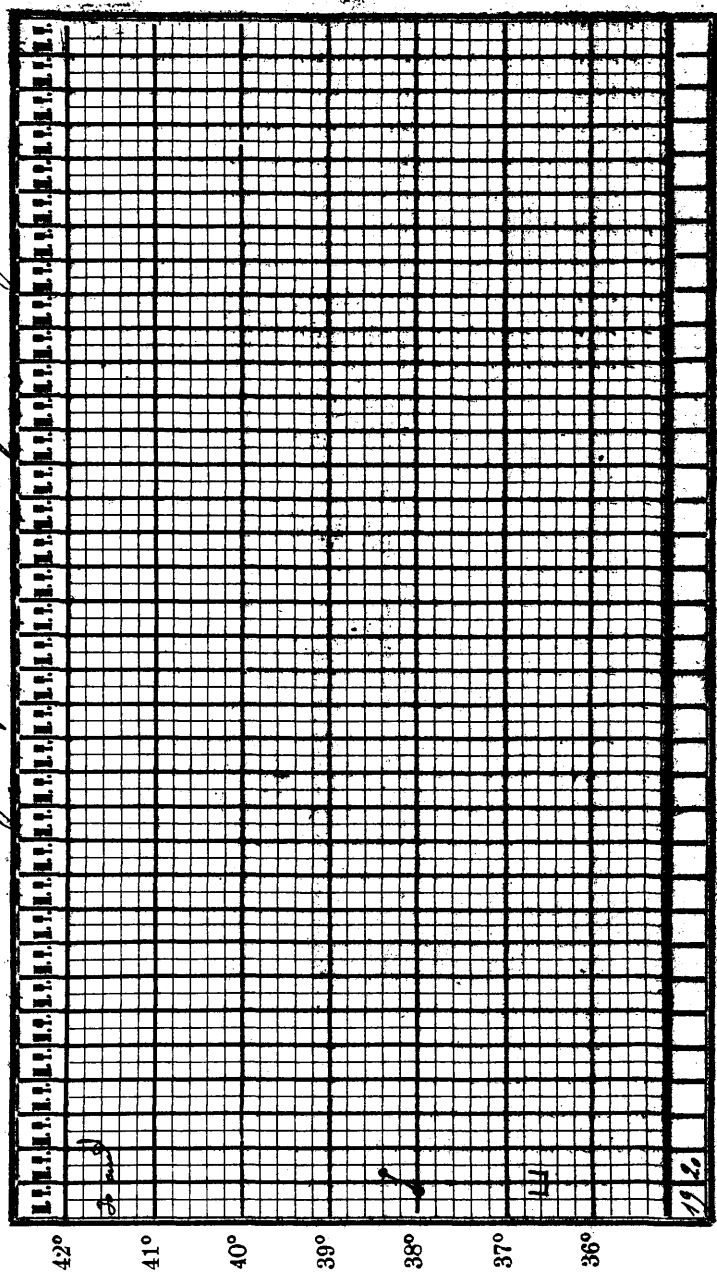
*Observación n.º 15.*

Día 19 de Mayo. - T. P. - Dos años. - Enferma hace 8 días. Está en estado muy grave, casi apéctico, se ve sólo ca. ac. to seguida la intubación. Inyección de 30 gramos de suero Roux Macleod en la base del pulmón derecho, signos de bronco-pneumonia. Al día siguiente se le extrae el tubo.  
• c Muere el día 20 de Mayo.

Observación núm. 16. Día 13 de Mayo de 1901. Leanne Ph. de obediencia.

Diagnóstico *La. arif.*

Examen microscópico negativo primer. Basile. largo el día siguiente.



## Observación n.º 17

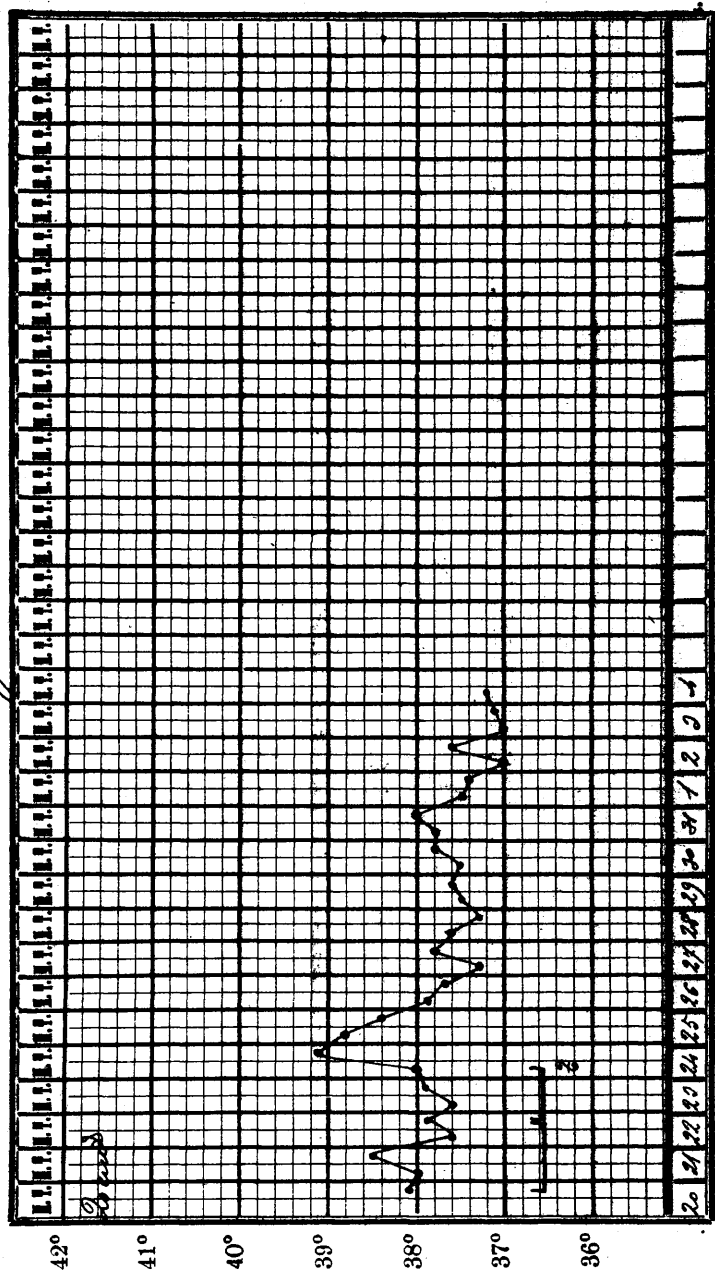
Día 20 de Mayo - A. P. Dos años y medio - Furo el varar.  
prim. hace ocho días. Tadece de la garganta hace tres, con frecuentes  
epistaxis anteayer. Inspección, infornis, tos rouse, voz afonius,  
tinge acentuado. Amigdalas intactas, mucositas en la faringe, in-  
gación de los granos de siero Sump. Intubación al 20, extracción del  
tubo el 22, riende precisa una inmediata reintubación, el tubo estaba  
cubierto de manchas negras. Nueva detubación el 24, tubo negro, la  
mo que se presenta nuevo traxer, se hace la fragmentaria.

Signos de broncopneumonia doble basilar el día 24, que desapare-  
cen por completo desde el 1.º de Abril.  
Alta el día 26 de Abril.

Observación núm. 17 Día 2.º de Mayo de 1901 *Chilodactylus* de edad 2 años

Diagnóstico *Crust.*

Examen microscópico *Baculo largo*



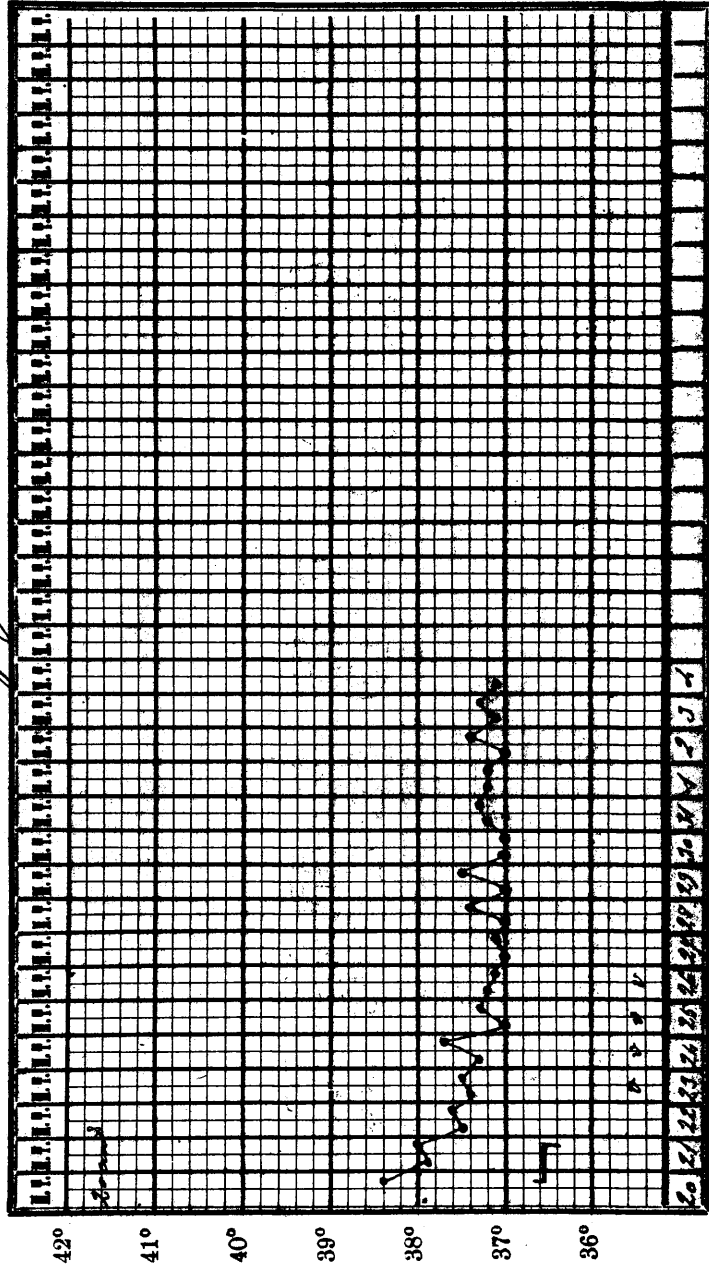
Observación n.º 18

Día 20 de Mayo. R. F. Seis años y medio. Bronquitis há-  
ce tres meses, seguida de aguechuche. Agrega mal a las fauces, de de-  
ajer; impetecunia, eritema, to rona, voz apagada; fauces rubi-  
cundas, pero sin exudado. Inyección de los granos de ojos auto-órfe-  
ricos. Erige. que se hace tan intenso durante la noche que exige la  
intubación, que practica el internus de guardia. Al día siguiente por  
la tarde el tubo es expulsado y no hay necesidad de nueva intubación.  
Ventajoso de aliviana en la orina los días 23, 24, 25 y 26.  
Alta el día 26 de Abril.

Observación núm. 18 Día 2.º de Mayo de 1901 Rene. F. de edad 2 ½ años

Diagnóstico *Spruingeria autotoma*

Examen microscópico *Bacila larga y entegateosus*





### Observación n.º 19

Día 24 de Mayo a. D. Dos años. Enfermo hace 20 días. Voy conservada, expulso poco abundante, a la noche y en la pared posterior de la faja a la izquierda. Respiración difícil. Inyección de los ganglios de Hilus. Puntos. Intubación; al día siguiente al niño expulsa el tubo en un acceso de tos, después se hace precisa una nueva intubación; extracción del tubo al día 24.

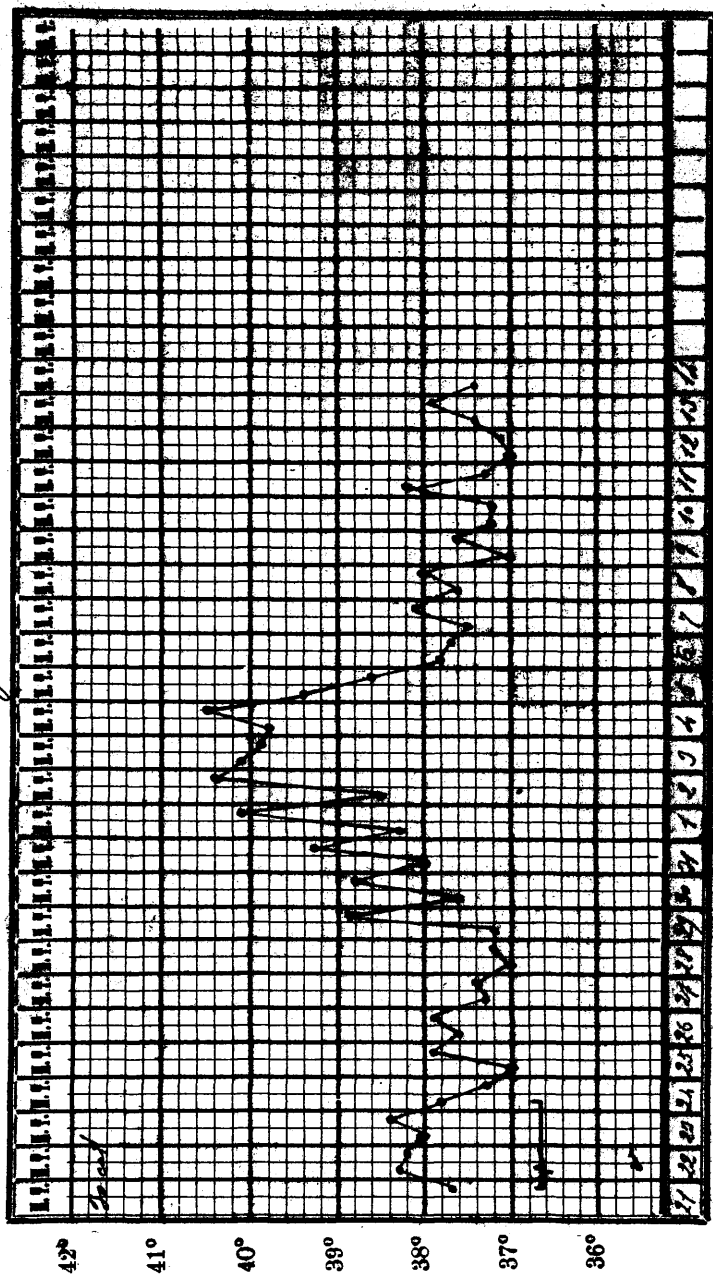
El primero de abril, erupción debida al saram. El día 4, por de bronco-pneumonia en la base izquierda. Baños calientes. La temperatura desciende, desaparecen en gran parte los fenómenos pulmonares, y el niño siente el alta, no habiendo desaparecido del todo.

Sale el día 14 de abril.

Observación núm. 19 Día 21 de Mayo de 1901 ~~Alfonso~~ ~~de~~ ~~la~~ ~~Laurel~~

Diagnóstico *Longa* - *Ligna angusta* - *pende munita* - *anura* *lunata*

Examen microscópico *Casit Longa*



### Observaciones de la

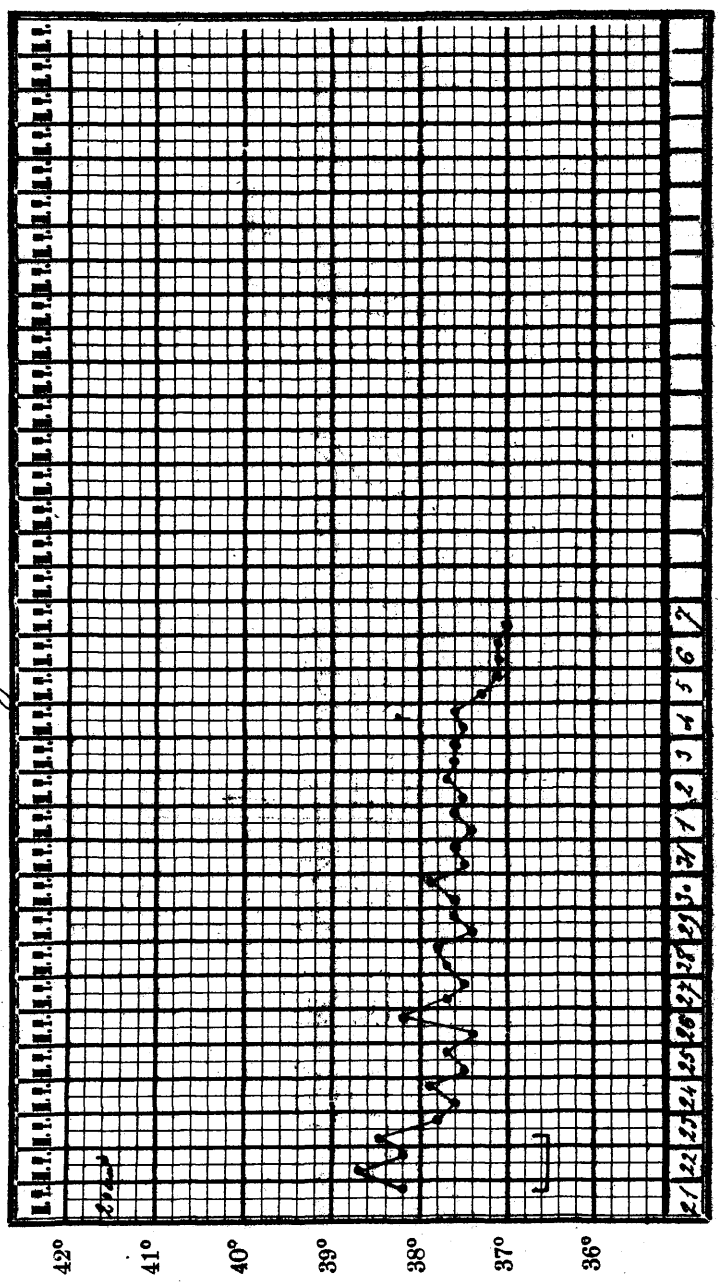
dia del escape. - L. 8. - Cuero azul. Ha tenido el desarrollo  
pion. Lo predispuesto a los resfriados de que se le organiza una  
viento dias. Fue un poco, un apogeo, respiracion dificil, trage  
con de 20 gramos de cuero azul. El trage va decentuando, es que  
de la intubacion a las 10 de la tarde. Pronto, purpura al rededor  
del cuello; nade en el aparato pulmonar. Extraccion del tubo sin  
accidentes, el dia 29. El 30 ingesion debida al cuero, pero las  
tanto ligera que desaparece a los 20 dias.

Alta el dia 7 de Abril

Observación núm. 2a. Día 21 de Mayo de 1901 Estación de San

Diagnostico *C. r. r.*

Examen microscópico *Bacilo largo*



Observación n.º 21.

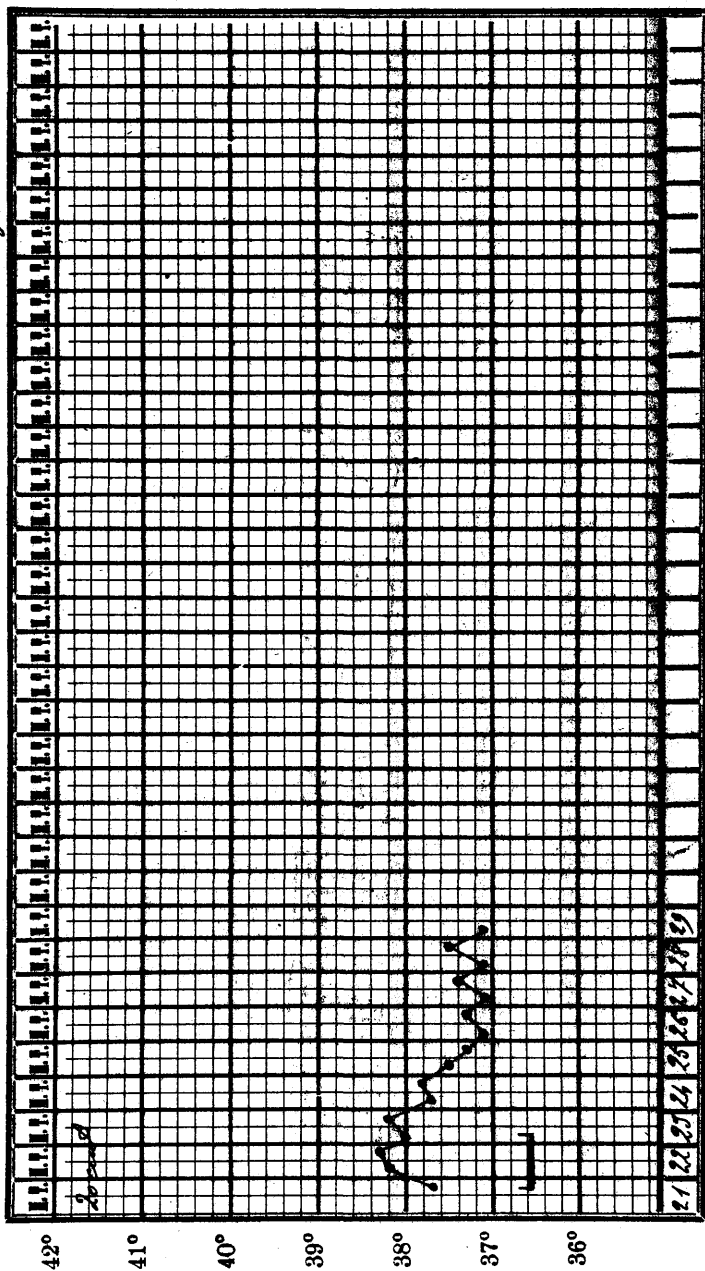
Día 21 de Mayo. - c. M. c. H. - Seis años. Predispuesto a los resfriados y afecciones de la garganta. Enfermo hace dos días, tos, voz entrecortada, inspiración trágica; ternoridad normal, pero estertores en el aparato respiratorio. Sin angina, erupción de la piel. Sin de otros antídotos. Rotación a los nueve de la noche por espasmo en estado. Detubación el día 22 por la mañana.

Salte el día 24 de Mayo.

Observación mín. 21. Día 21 de Mayo de 1901 c. Hercul. c. M. de edad 6 años

Diagnóstico Coriza

Examen microscópico C. H. se ha observado: Hado. - Epimer. huido largo



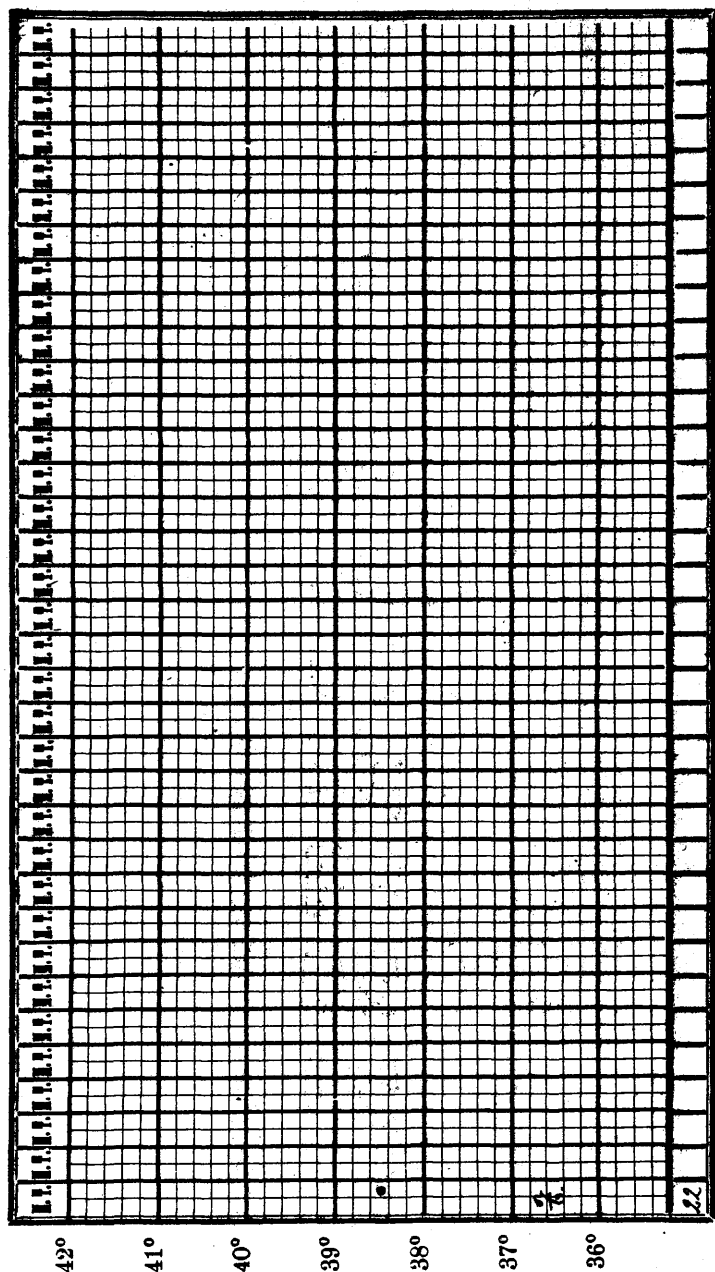
## Observación n.º 22

Día 22 de Mayo - A. E. - Entra en un período apéctico muy acentuado, preagnico, se le hace la tragnotomía inmediatamente, operación que no alivia el estado del enfermo que muere al poco rato de su entrada.

Observación núm. 22. Día 22 de Mayo de 1901. Características de edad

Diagnóstico

Examen microscópico *Bacillus anthracis*





Observación n.º 23

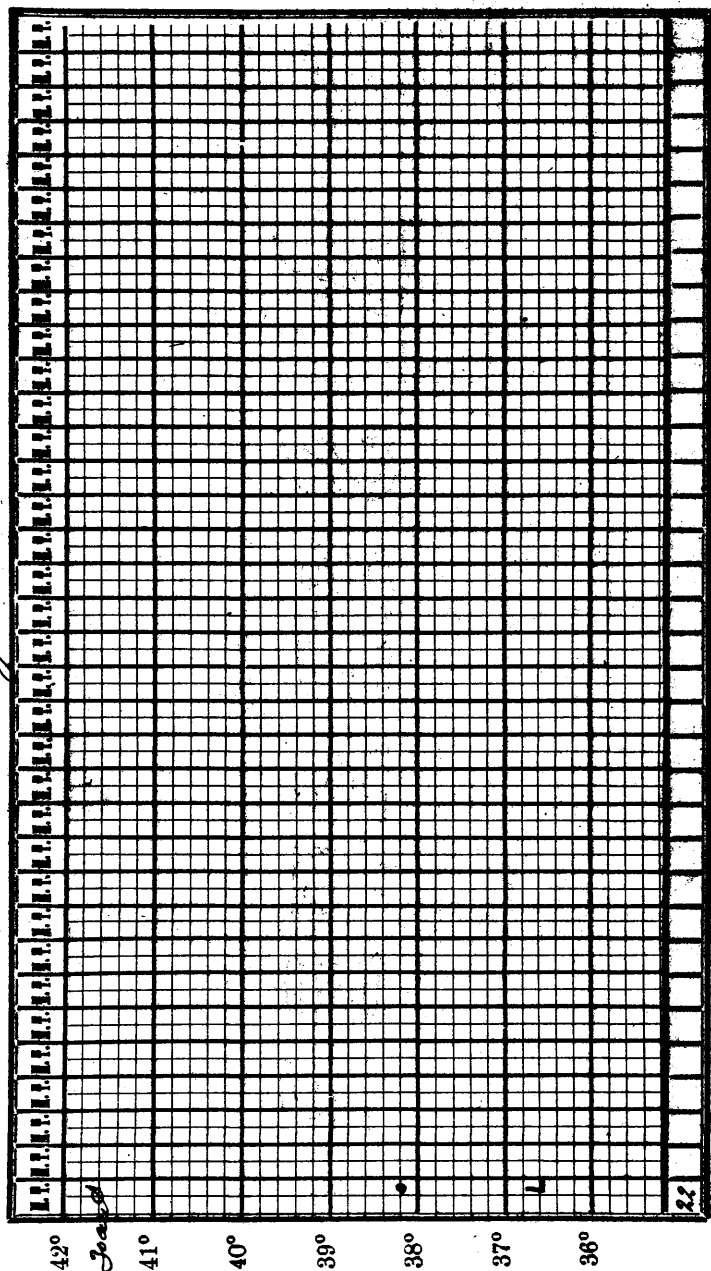
Día 22 de Mayo. - M. D. - Cansado y melancólico. - Poca  
puesta a las afecciones de las fauces. Enferma de la a-  
lirio; voz apagada, tos seca, respiración muy difícil y as-  
tose muy pronunciado que exige una inmediata inter-  
vención. Antes de entrar al hospital se le había inyectado ya 20  
gramos de suero Damp;

Muere durante la noche

# Examen microscópico *Bacilo largo...*

Diagnóstico *Excreta*

# Examen microscópico *Bacilo largo...*



Observación n.º 24

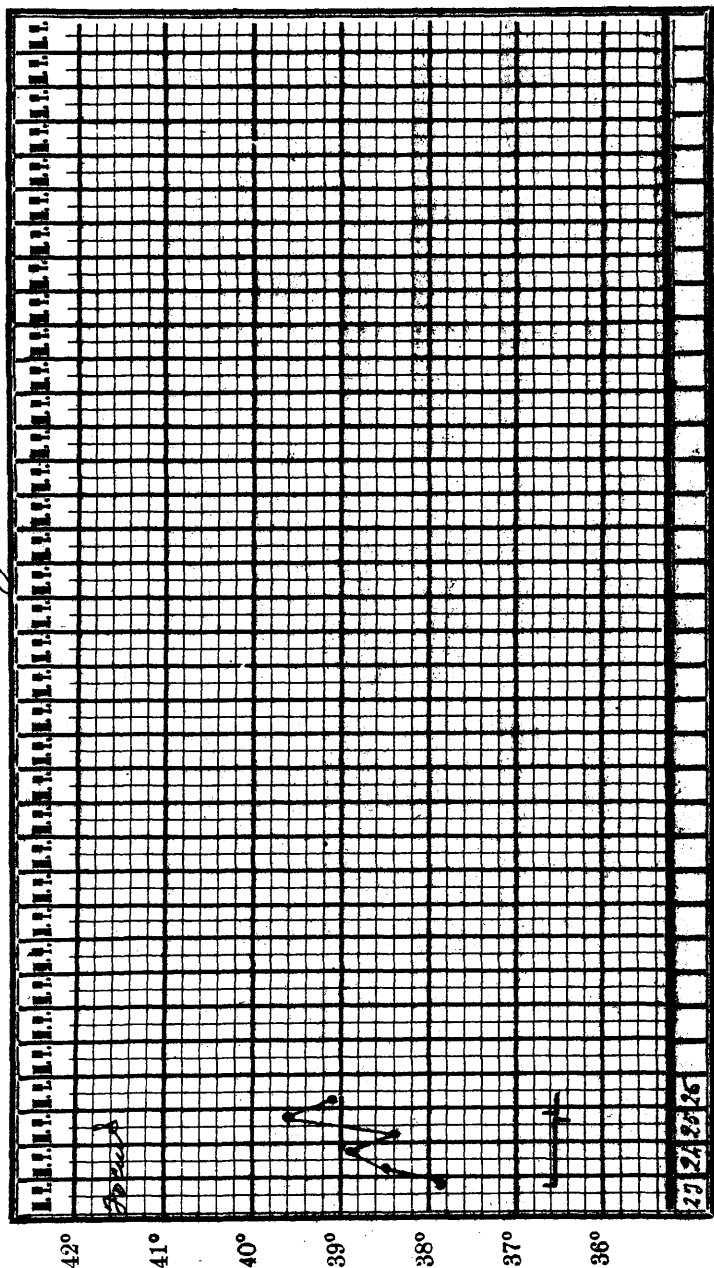
Día 23 de Mayo. H. B. Dos años. Continúa desde el día 20, torronca, impetencia, insomnio, voy algo morea. También nada en las fauces, tiraje. Inyección de 20 granos de suero. El tiraje se acentúa y exige la intubación a las nueve de la noche. El día 25 espulsa el tubo, por obstrucción, expirando en esa intubación que no olivia apenas su estado; gran elevación de la temperatura, supels en el pedículo derecho.

Muere el día 26 de Mayo.

Observación núm. 24. Día 23 de Mayo de 1901. Henry D. de edad 2 años

Diagnóstico Grupo - *Sim. angustia*

Examen microscópico *Bacila mediana y corta*



Observación n.º 25

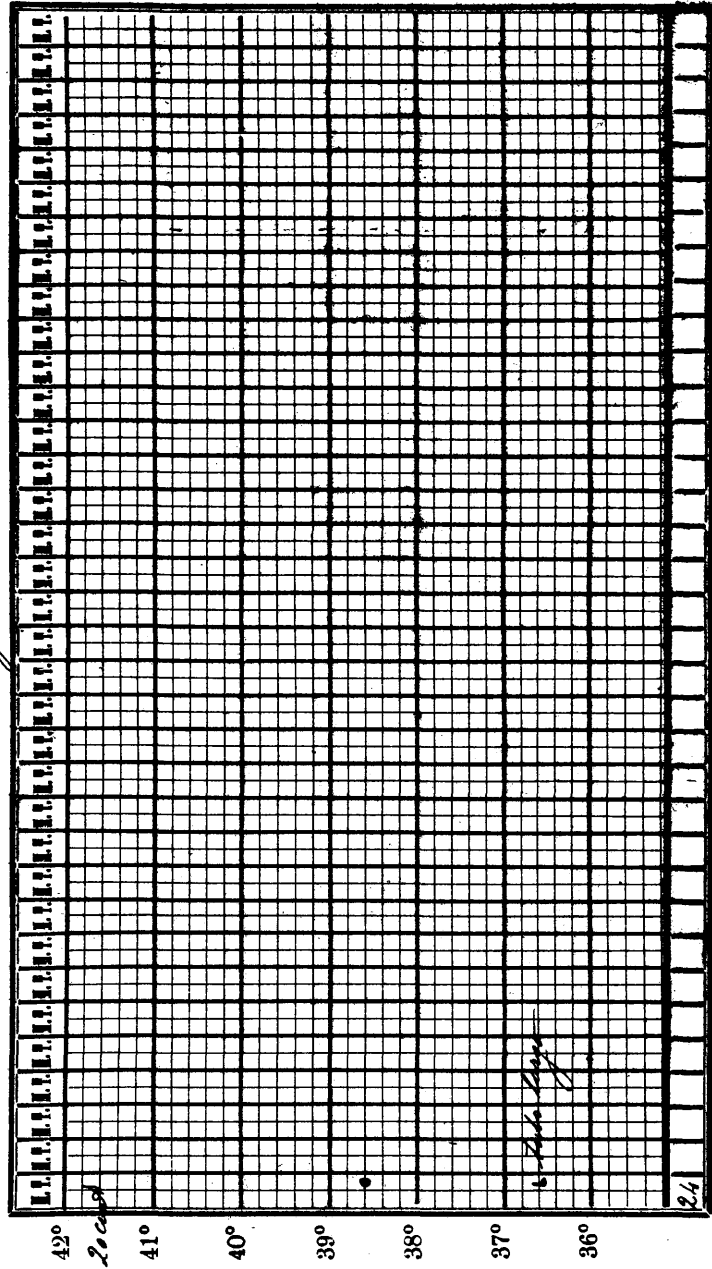
Día 24 de Mayo. M. D. Un año y medio. Enferma en su casa hace tres días. Entre en poder apenas, respiras, por lo que inmediatamente se le hace la intubación, en un tubo largo de los de O'Gryen. Había recibido una infección de los granos de Sueno Rony en su casa.

Muere el mismo día 24 de Mayo.

Observación núm. 25. Día 24 de Mayo de 1901. *Madeline D.* de edad 1½ años

Diagnóstico *Lepra*

Examen microscópico *Bacilo largo*



Observacion n.º 26

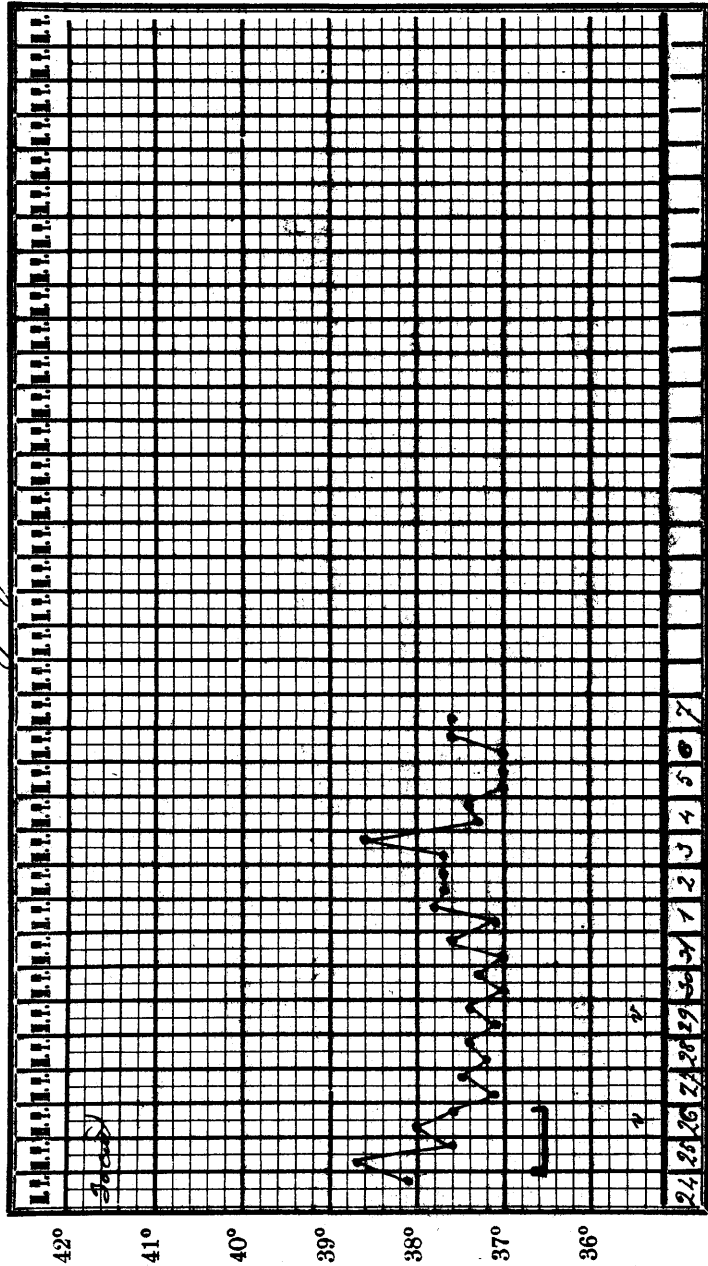
Día 26 de Mayo. - L. 6. - Brecha a las 5 y media - Empiezo a hacer ocho días, aunque solo se quiebra del cuello desde el día anterior. Inapetencia, insomnio, tos seca, voz conserosa. Exudado pseudo-membranoso sobre las dos amígdalas epiglóticas. Diécese por la úvula y la pared posterior de la faringe. Inyección de los ganglios de cuello. Pung. Intubación a media noche por epiglitis de estado. Detubación el 26. El día 3 de Abril la temperatura se eleva a 38.6° sin motivo aparente, descendiendo enseguida.

Sale el día 7 de Abril.

Observación núm. 26. Día 24 de Mayo de 1901. Larva L. de edad 4 días

Diagnóstico: *Anguina* *frederici* *menestrana* *de* *de*

Examen microscópico: *Bacillus* *longus* *y* *curvus*





## Observaciones 27

Día 25 de Mayo. - S. L. Dos años. - Predispuesto a res-  
fríos y afecções faríngeas. Enferma hace ocho días pero del ene-  
lle hace cuatro que se quiza; epistaxis abundante anterior. Se  
termina, tos rusa, afonía; exudado pseudo-membranoso en las  
amígdalas, vómito y faringe. Inyección de 2 granos de  
nuevo Rong Intubación. Detubación el 28. La misma respu-  
ta las falsas membranas han desaparecido casi del todo.

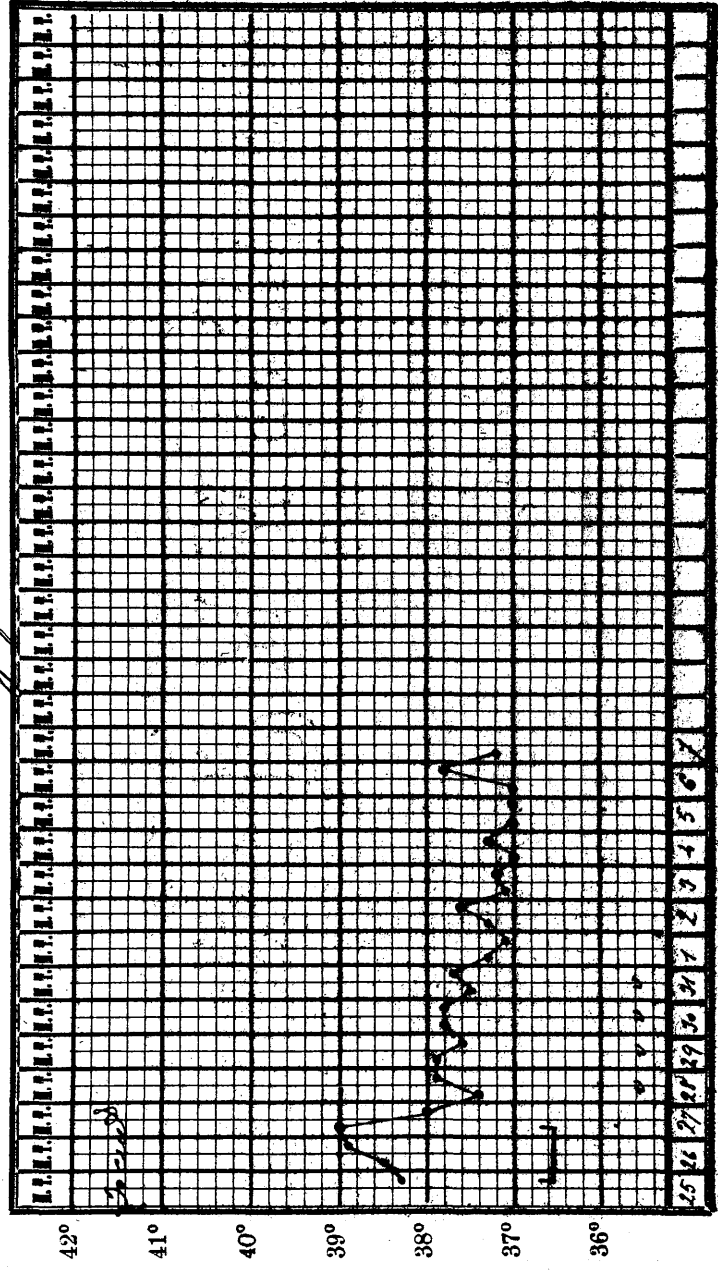
Vértigos se alivian en la orina los días 28 y 29.

Salí el día 7 de abril.

Observación núm. 27 Día 25 de Mayo de 1901 Leganes S de edad 2 años

Diagnóstico Angina pectoris membranosa - Crup

Examen microscópico Bacilo largo y ancha - bacul.



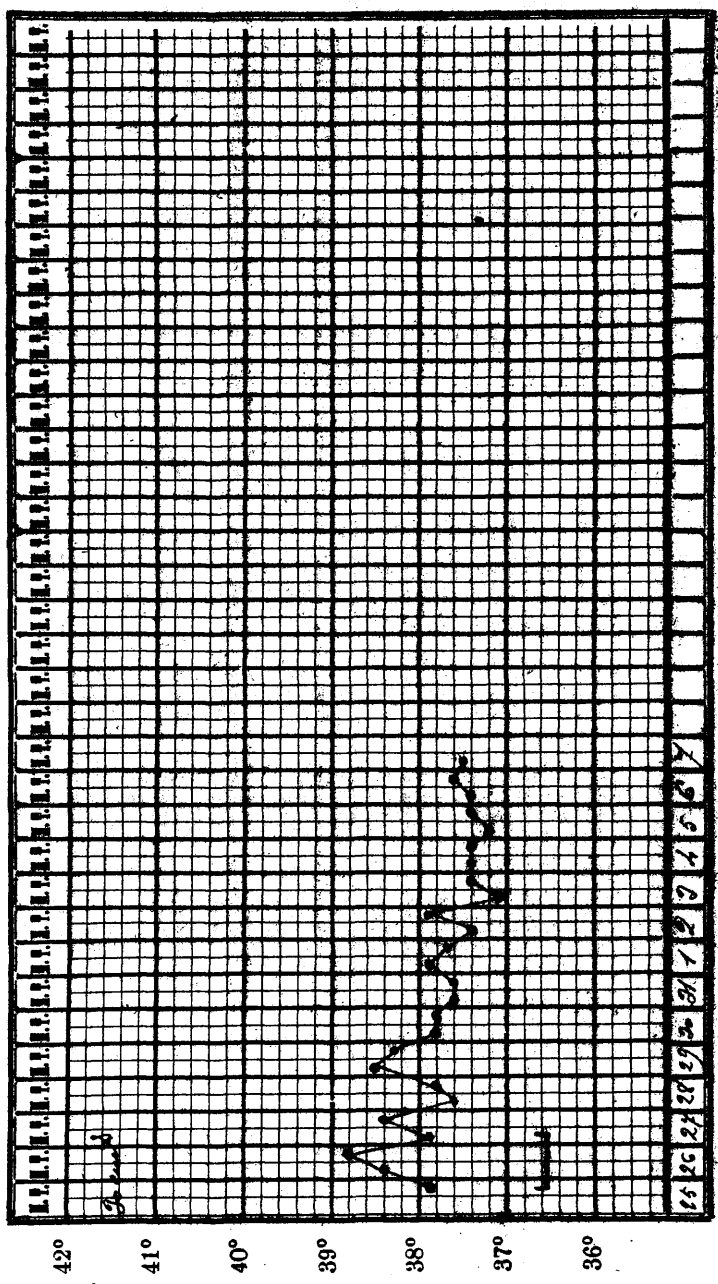
Observacion n.º 98.

Dia 25 de Mayo. - Luisa C. - Tres años y medio. Presen-  
ta a respirar. Confirma todo ayer. inquietud, incontin-  
cia de orina, respiracion dificultosa; fauces limpias,  
mucha expectoracion. Inyeccion de 20 granos de nro Smp. Por la  
tarde el tórax aumenta, exigiendo la intubacion a las nueve  
de la noche. Detubacion el dia 27.

Alta el dia 7 de Abril.

Observación núm. 28 Dia 25 de Mayo de 1901 C. Luna S. de edad 3 1/2 años

Diagnóstico .....  
Examen microscópico .....  
C. Luna



Observaciones n.º 29

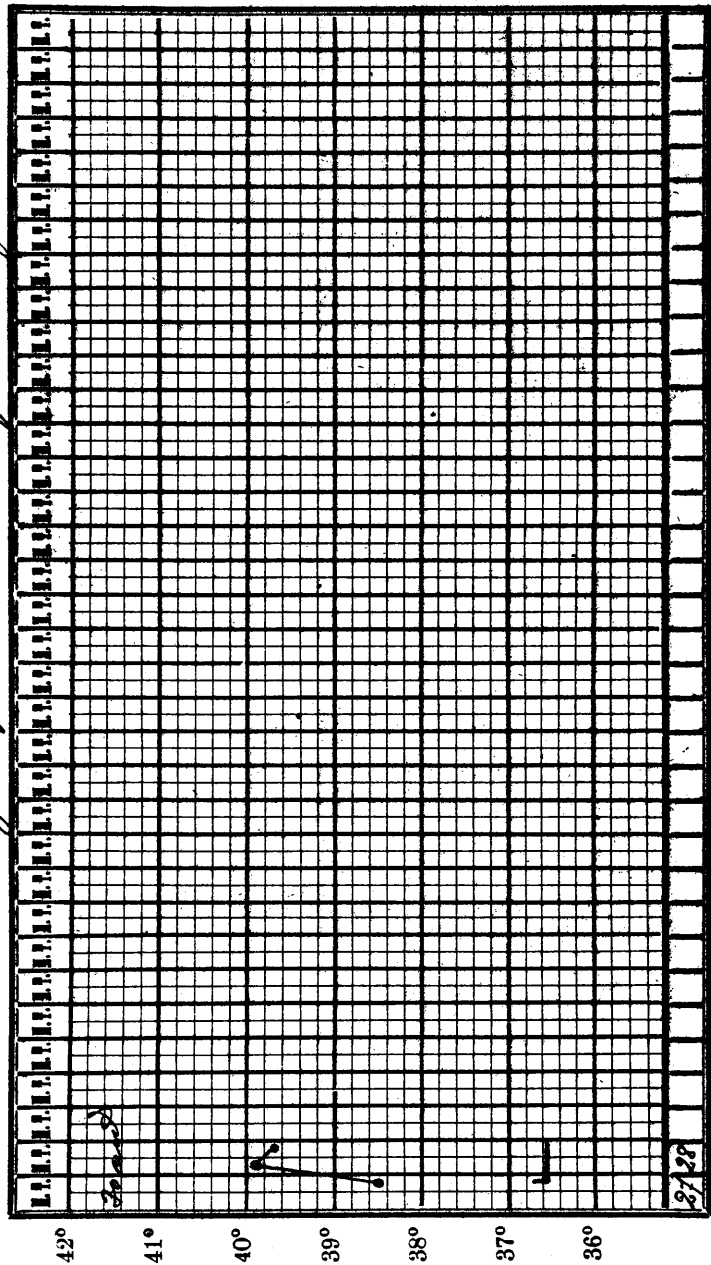
Día 24 de Mayo - aft. M. - Donador y anestes. Padecer con  
vibraciones. Suprimo el día 24. Entre a las 10 de la tarde, ciemate-  
co, respirando muy dificultosamente; intubación acto segundo. Tore in-  
pro. Se quita pseudo-membrana en la sinula, fíbrulas anteriores y  
angustias. Inyección de 20 granos de óxido Hg. Macido en el  
cótula inferior del pulmón izquierdo. Por delante y en ambos la-  
dos, estertores sibilantes. Bases.

Muere el día 28 de Mayo.

Observación núm. 29. Día 24 de Mayo de 1901. Mapine. C. M. de edad 2 1/2 años

Diagnóstico. Gripe. - Bronco-pneumonia - estagios previos membranosos de la

Examen microscópico. Negativo. - Bacillo largo al día siguiente



*Observacion n.º 20*

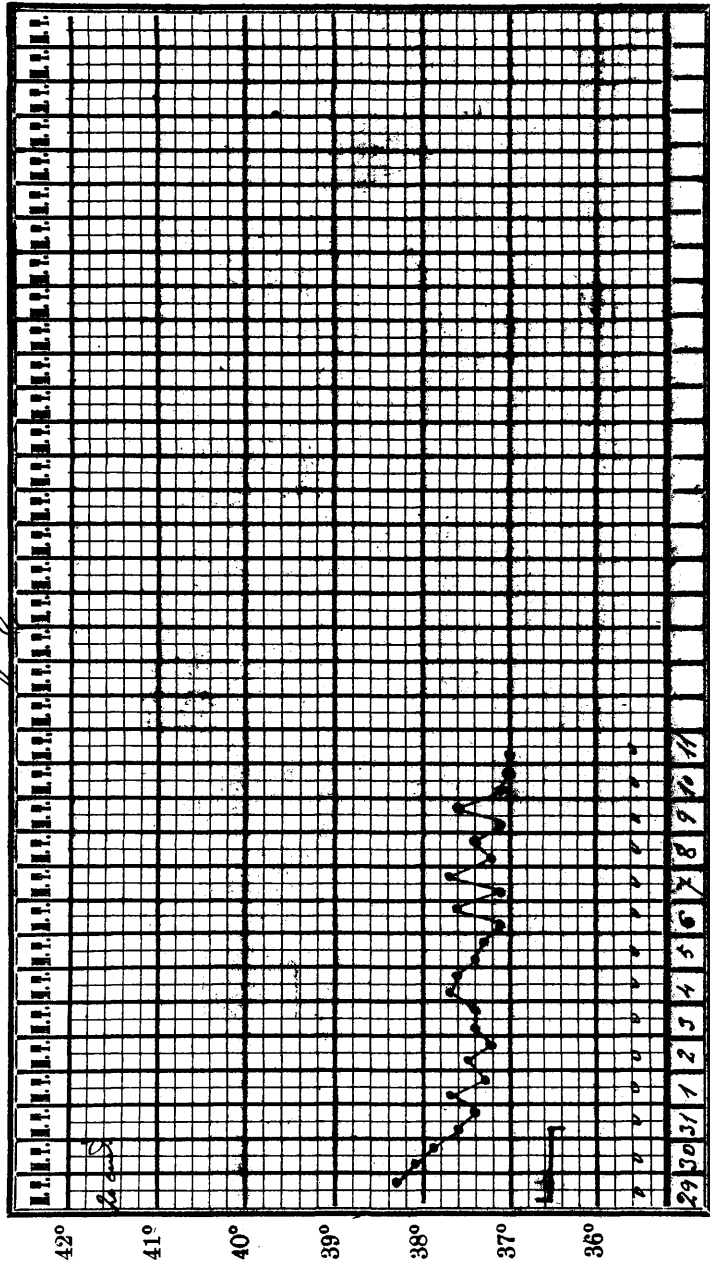
Día 29 de Mayo. - F. B. - Dos años y medio. - A un año y medio tuvo el sarampión. Preocupada a las afeciones de las vías respiratorias. Enferma hace cuatro días; epistaxis ligera el día 27. Inquietud, rigorismo, tos seca, voz apagada, tiraje bien acentuado, intrubación inmediatamente a su entrada, a las diez y media de la mañana; después de la cual expulsa una enorme falsa membrana, permaneciendo el tuto en su sitio. Expectoración de la granos de nuevo tipo. El día 28 por la mañana expulsa el tuto espontáneamente, y no hay necesidad de nueva intervención.

Vestigios de alfilería en la orina desde el primer día hasta su salida el día 28 de Abril.

Observación núm. 20. Día 29 de Mayo de 1901. La tracción B. de edad 2 1/2 años

Diagnóstico: Lengua y laringitis (primaria)

Examen microscópico: Bacilo largo y en forma de B. (Bacillus)





### Observación n.º 31.

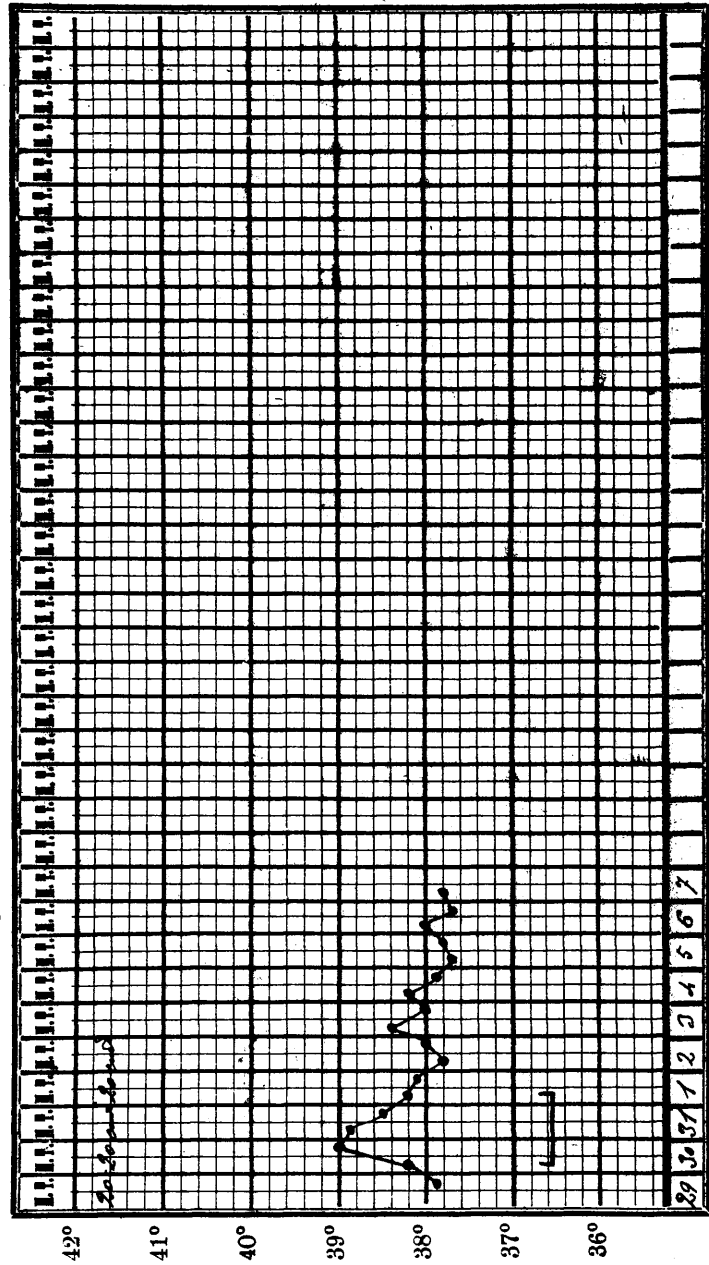
Día 29 de Marzo. - Ed. D. - Once años. - A los 8 años padeció la escarlatina. Sufríase desde el día 24. Por las ventanas morales según contáranse mucos-pis. Inapetencia, insomnio, y ex-  
tenuación, respiración muy enojosa, tiraje. Inyección de la gran-  
de vena Pop. Al día siguiente el tiraje se hace muy marcado y  
se hace la intubación, se le inyectan otros 20 granos de iodo, y o-  
tros tantos el día 1.º de Abril. El día 2, otros ygniende supurada.

Sale el día 7 de Abril.

Observación núm. 31. Día 29 de Mayo de 1901. Charlotte L. de edad 2 años

Diagnóstico *Escarpa*

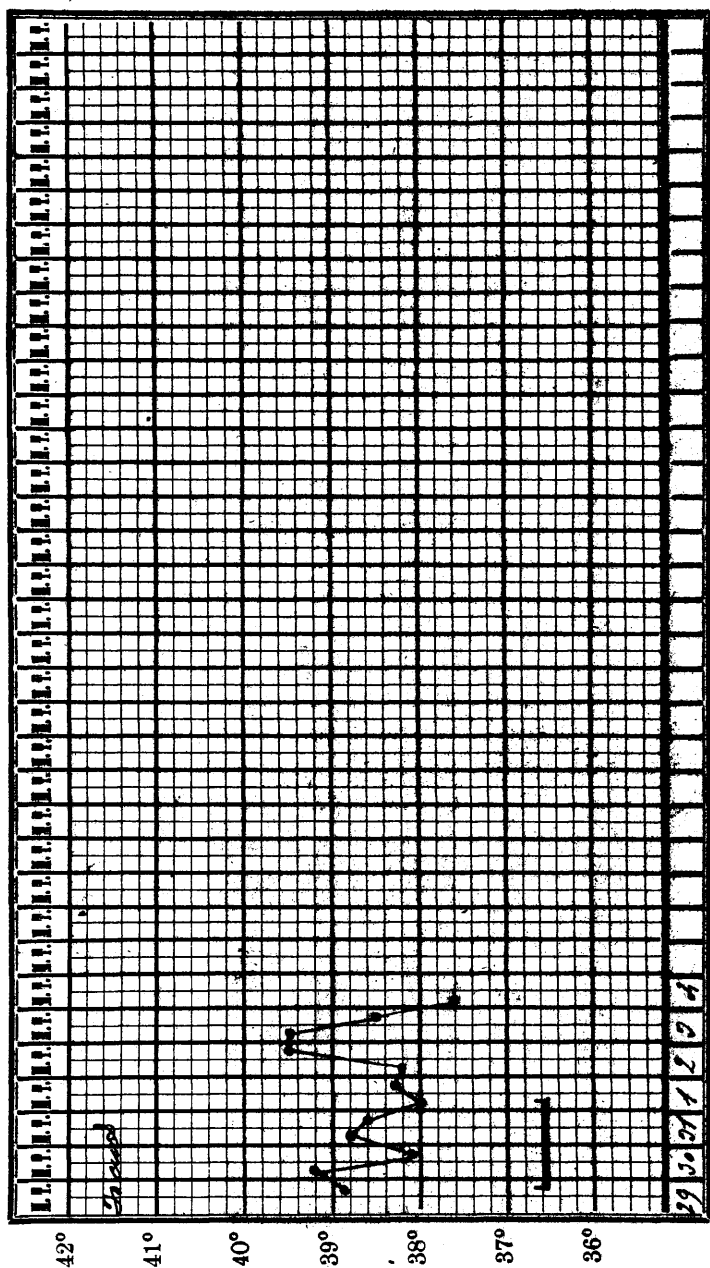
Examen microscópico *Bacilla medianas*



### Observación n.º 28

Día 29 de Mayo. - El Sr. M. - Tres años y medio. Preocupado a las afecciones respiratorias; bronquitis, Vegetaciones en la faringe. L. -  
Pudido prender membrano en las amígdalas y pilares posteriores. De-  
gustación, insomnio, tos seca, voz afónica; reparación difícil, ten-  
ge. Inyección de 20 granos de iodo. Roup. Introducción a los ojos de  
le tarde. Extracción del tubo el día 1.º de Abril. El día 2 se acen-  
tuaron los fenómenos bronquiales, disminuyendo al día siguiente.  
La garganta está limpia y a petición de la familia vale aunque  
en estado relativamente aliviado de su bronquitis y con curado de  
su difteria el día 6 de Abril.

Observación núm. 32. Día 29 de Mayo de 1901 Henry C. M. de edad 2 1/2 años  
 Diagnóstico *Cirugía. Sotile - Crup*  
 Examen microscópico *Bacilo mediana*



Observación n.º 33.

Día 29 de Mayo. - H. S. - Cuanto antes. - el 1.º de mayo, el  
perforación, fue desde el día 24, los ruidos, muy apagada. Exudado  
puedo manifestar que entre la amigdalita y gástrica. Inyección de  
de granis 4 vasos. Inyección el día 26 y con novedad es  
aproximado al tubo el día 1.º de abril. Inyección aunque ligera el  
día 8. Perforación de alfileres en la orina los días 24 y 25 de Mar-  
zo y 1.º, 5.º, 6.º y 7.º de abril.

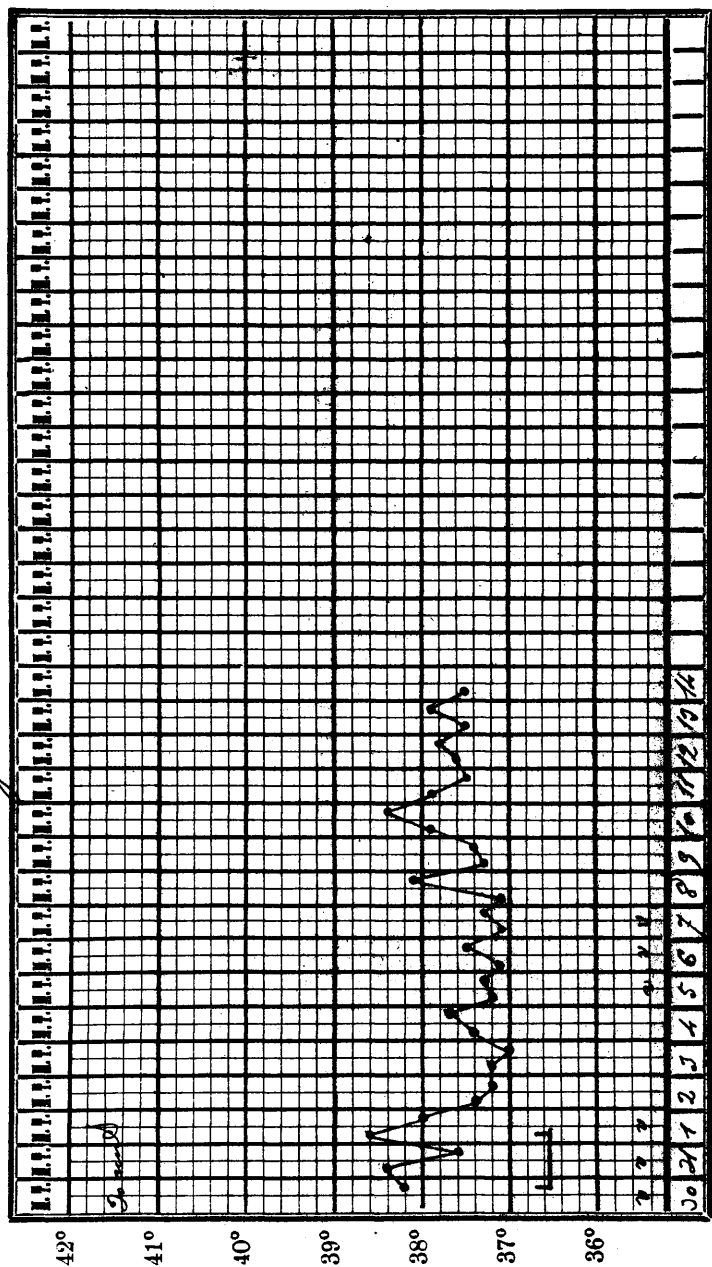
Sale el día 16 de abril.

Observación núm. 28. Día 29 de Mayo de 1901. Ciudad de México

Diagnóstico

Examen microscópico

Negativo



*Observación n.º 34.*

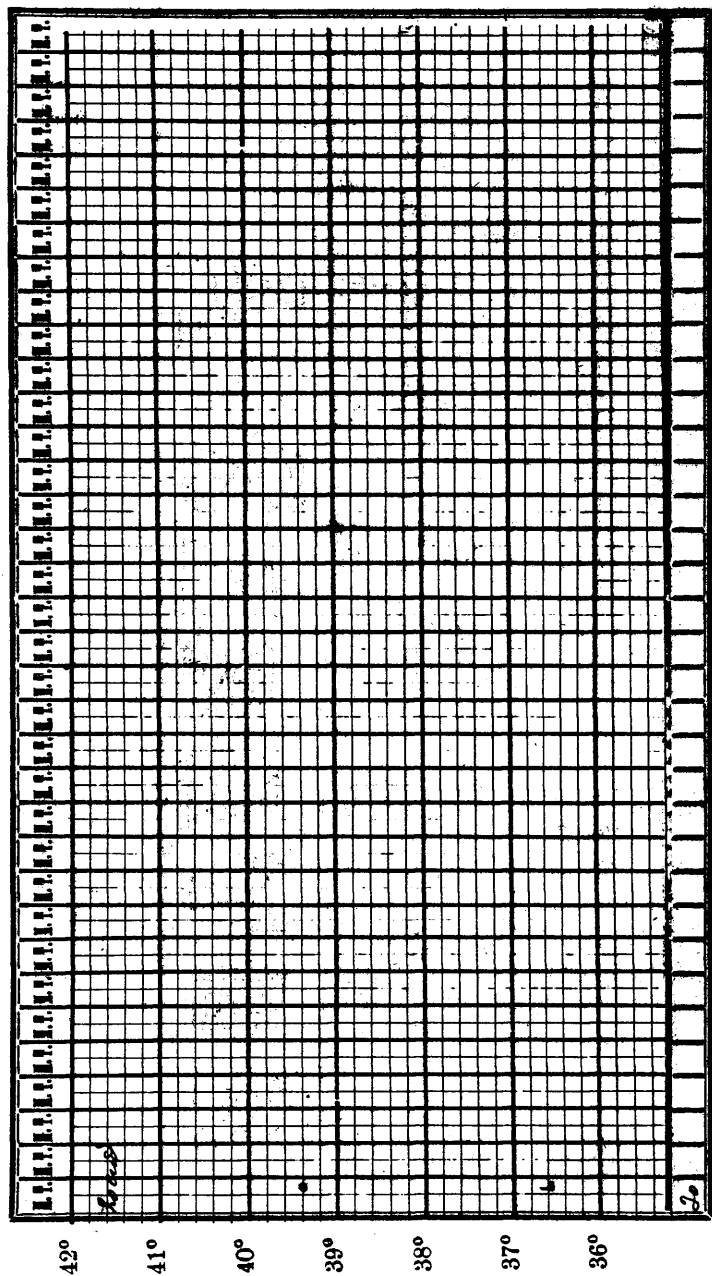
Día 20 de Mayo - C. F. G. - Dos años. Entra al hospital a las tres y media de la tarde, en un estado desesperado, cianótico, como asfixiado, se le cubre inmediatamente; se le inyecta lo gran-  
mos de suero anti-difteria.

Muere por la noche, después de su entrada al mismo día 20  
de Mayo.

Observación núm. 34. Día 27 de Mayo de 1901. Lengua. Hm. 24 de edad. L. 2 años

Diagnóstico

Examen microscópico





Observación n.º 35

Día 26 de Mayo. - C. S. - bucha a la sala del casapación el día 23 de Mayo: erupción el mismo día; estériles, diseminados; fin de la erupción el 29. -

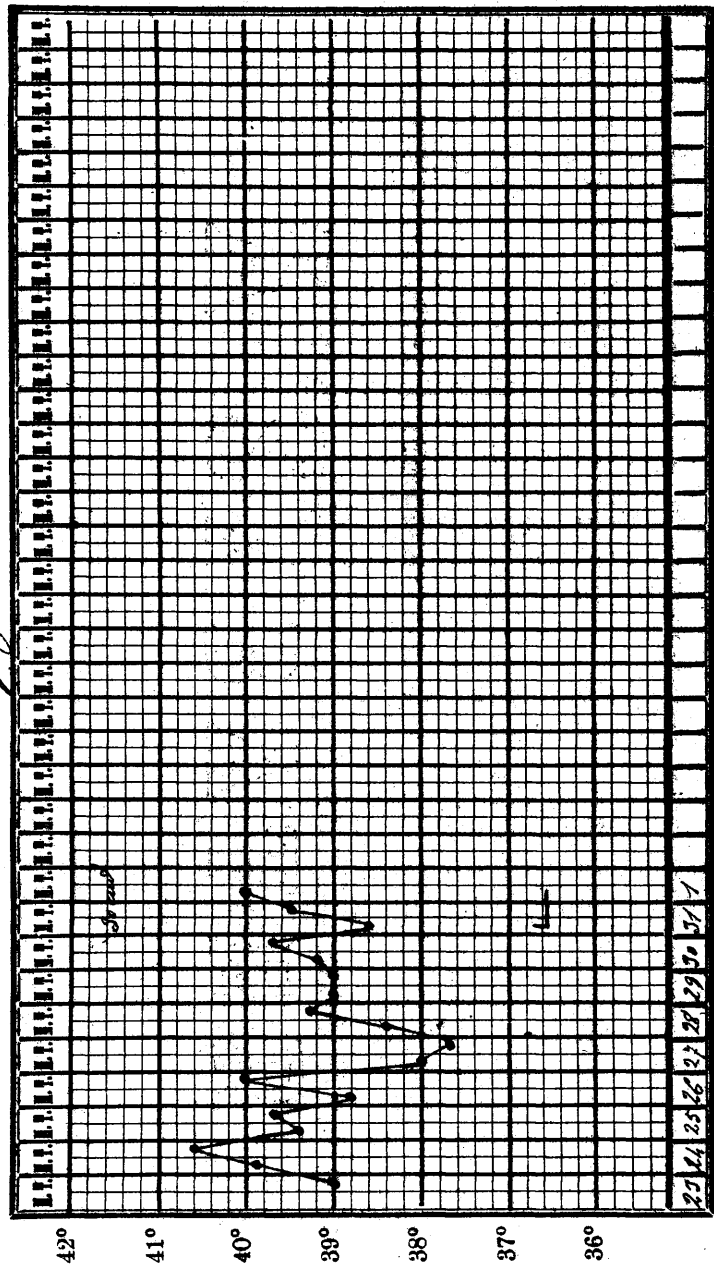
Bucha a la derecha el día 26, con erupción grande: erupción a la izquierda a la izquierda, de un color gris oscuro; tos roncaca, voz apocada. Bronco-pneumonia derecha. Intubación el 24. Erupción de 20 granos de suero. El día primero de Abril, las falsas erupciones son de color gris mas oscuro que antes. La temperatura alcanza a 40.º.

Muere el día 1.º de Abril.

Observación núm. 3.<sup>a</sup> Día 2.<sup>o</sup> de Mayo de 1901 Sanilama. S. de edad

Diagnóstico Larario. - Bacula presenciosa - Angina y laringitis difteria

Examen microscópico Bacula larga y corta



*Observaciones n.º 96.*

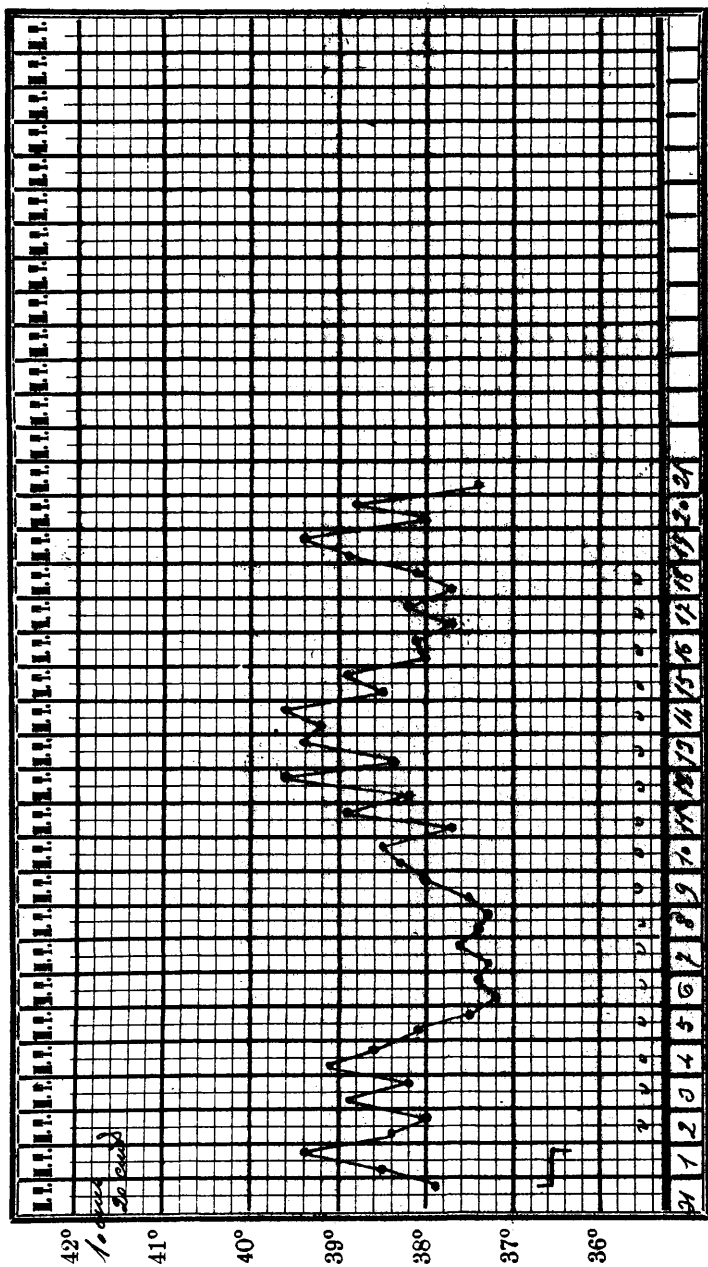
Día 24 de Mayo. - S. L. - Dos años - Enferma desde el 20 por la mañana, se le inyectan ya 40 gramos de suero Roux. Lucha con impotencia, insomnio, tos nervosa, voz apagada. Tachas menuditas, cubren ambas amígdalas. Inyección de 20 gramos de suero no anti-difteria. Respiración difícil y trage que se acentúa por la tarde y surge la intubación a las 6 y media.

Inyección impetiginosa sobre todo el cuerpo el día 1.º de Abril; la misma seguida al día por la tarde y no hay necesidad de nueva intervención. El día 20 erupción impetiginosa. Un poco de exantema fino en el vértice del pulmón izquierdo, por detrás. El día 19, erupción miliar, roja y blanca. - Vestigios de albumina. Del 2 al 18 de Abril.

Observación núm. 36. Día 21 de Mayo de 1901. Examen de 2002 años.

Diagnóstico *Grav. - Angina doble.*

Examen microscópico *Exito aneliano.*



*Observación n.º 87.*

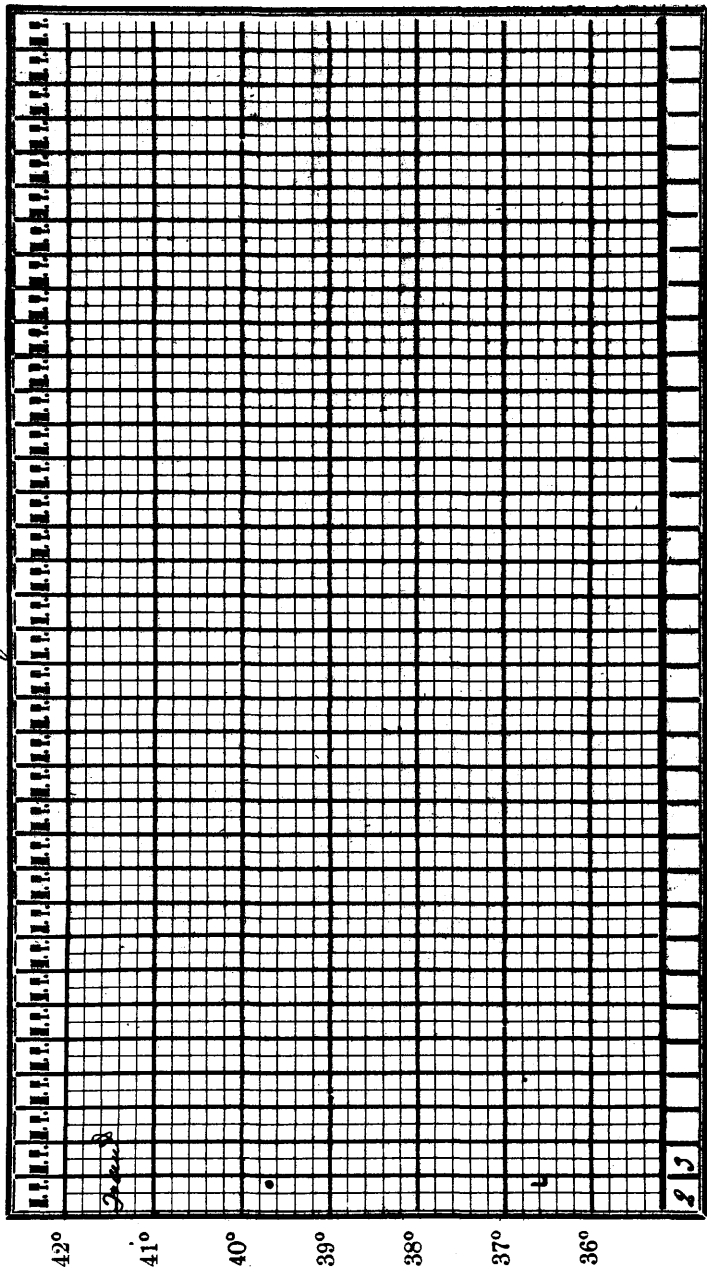
Día 1.º de Abril. - L. M. - Dos años y medio. - Disenteria. Sangra-  
ción ultimamente, - traspasó hace ocho días, que ando de la ga-  
ganta desde el primer momento. Corre un poco, no viene, y conserva-  
da; se induró considerable, que cubre todas las fauces, respeta acin pe-  
rada. Inyección de 30 granos de óxido anti-difteria. 2.º P. M. In-  
yección a las cuatro de la tarde.

Muere a la una de la madrugada del día 3 de Abril.

Observación núm. 37 Dia 2 de Abril de 1901 S. C. M. de edad 2 1/2 años

Diagnóstico (Chagasia)

Examen microscópico Bacillo largo



*Observación n.º 78*

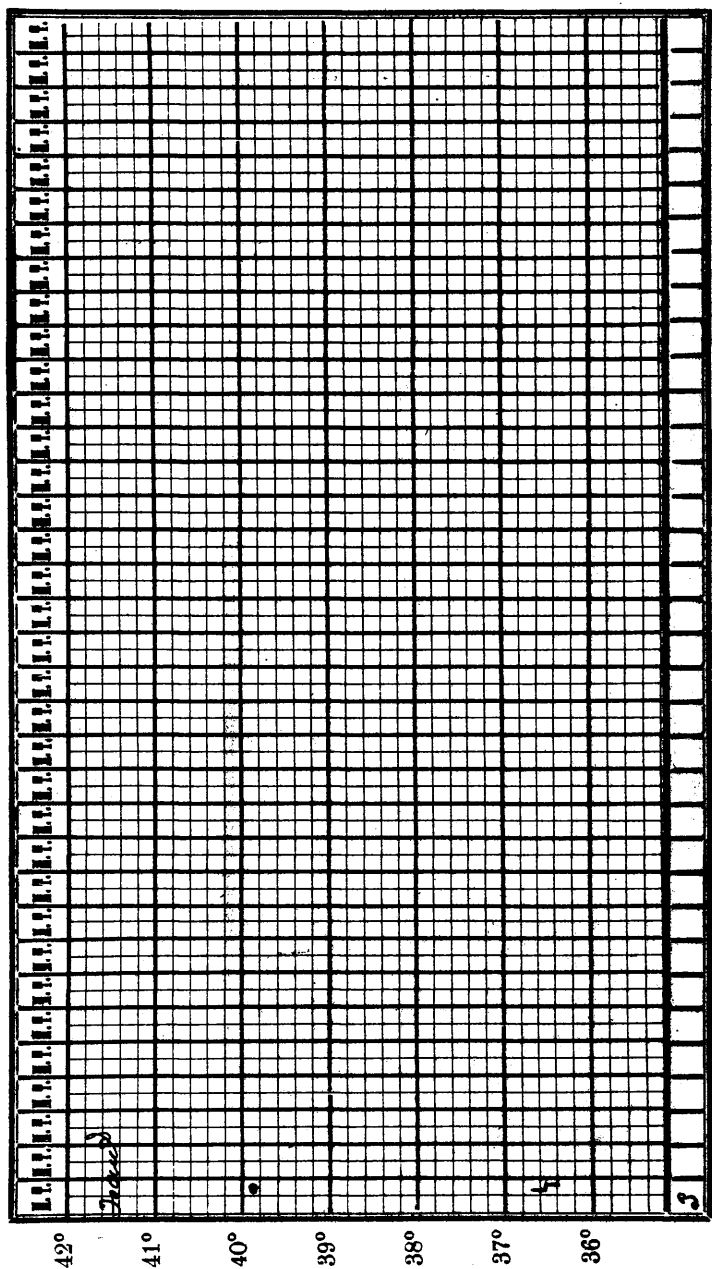
Día 7 de Abril. - L. D. - Diez y ocho meses. - Enfermo hace quince días, se quiza de la garganta desde ayer. Angustia, in-  
domio, tos rusa, voz apagada, torpe pronunciado. Inyección de  
20 granos de sales anti-sépticas de Roux. Intubación a las  
cuatro de la tarde, el niño expulsa el tubo y no se vuelve a in-  
tubar.

Muere al día 14 de Abril.

Observación núm. 3ª Día 2 de Abril de 1901 Eugenio D. de Sotillo

Diagnóstico

Examen microscópico Bacilo melano - azul





Observación n. 299.

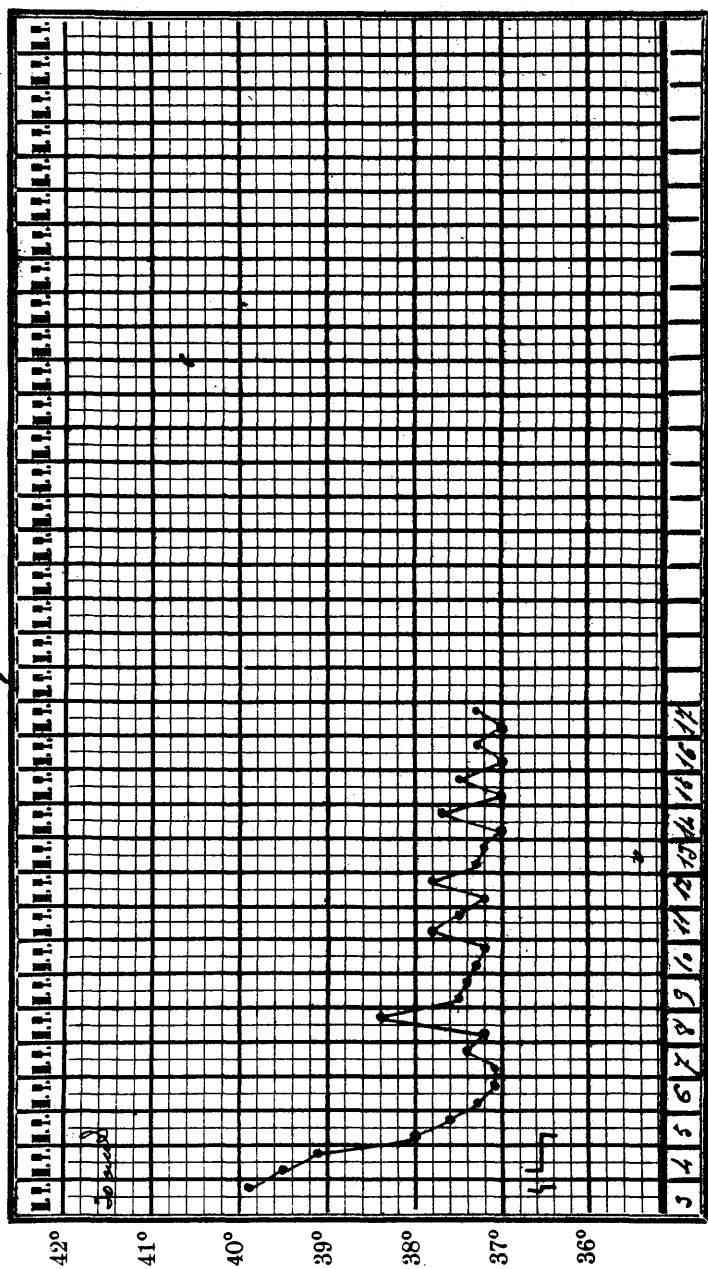
Día 3 de Abril. - S. R. - Diez y nueve meses. Viene de la sala del carapación. Trófimo desde el primero de Abril. - Entra con muchísima ge. tos. infamias, muy debilitada; ligera angina; impétigo del cuero cabelludo. Inyección de 20 gramos de óleo Rong. - Intubación a las 11 y media de la noche, el tubo es expulsado enseguida. Nueva intubación a las tres de la madrugada del día siguiente. El día 5 por la mañana el tubo es expulsado de nuevo y el estado satisfactorio; no hay necesidad de nueva intervención. El día 19, vestigio de albugina en la orina. Algunos esófagos, finos, en la base del pulmón izquierdo, aunque pocos. tos un poco roncra.

Sale el día 18 de Abril.

Observación núm. 22. Día 1 de Abril de 1901. Termino N. de edad 19 meses.

Diagnóstico Crupa.

Examen microscópico Bacilo largo.



## Observacion n.º 40.

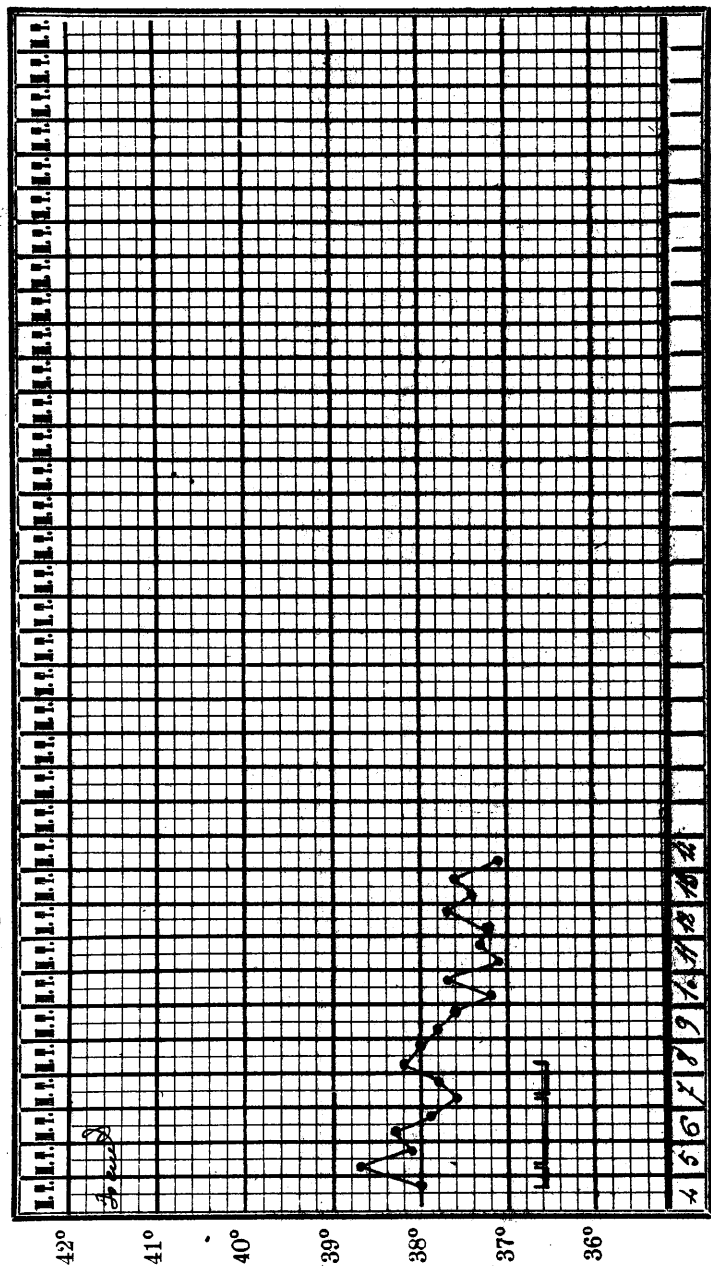
Dia 4 de Abril. - A. E. - Tres años. - Hace ocho dias que está de la sala del varapueron. Enferma hace ocho dias, de la ganta, hace cuatro. Inapetencia, insomnio, tos seca, vez extinguida, trage. Inyección de los granos de sus Pimp. Intubación el mismo dia. Detubación al dia siguiente a las once de la mañana siendo precisa nueva intubación a las doce. Broncopneumonia precoz. toban a la base izquierda. El dia 11 por la mañana, detubación y otra vez asfixia y nueva intubación. El dia 8. detubación definitiva sin accidentes.

Atta el dia 14 de Abril

Observación núm. 4. a Día 4 de abril de 1901 Albert G. de edad 2 años

Diagnóstico Cr. - Bronco-pneumonia pseudo-tub. fase aguda

Examen microscópico c. No. de bac. desarrollada en cultivos



Observaciones 22-24/1

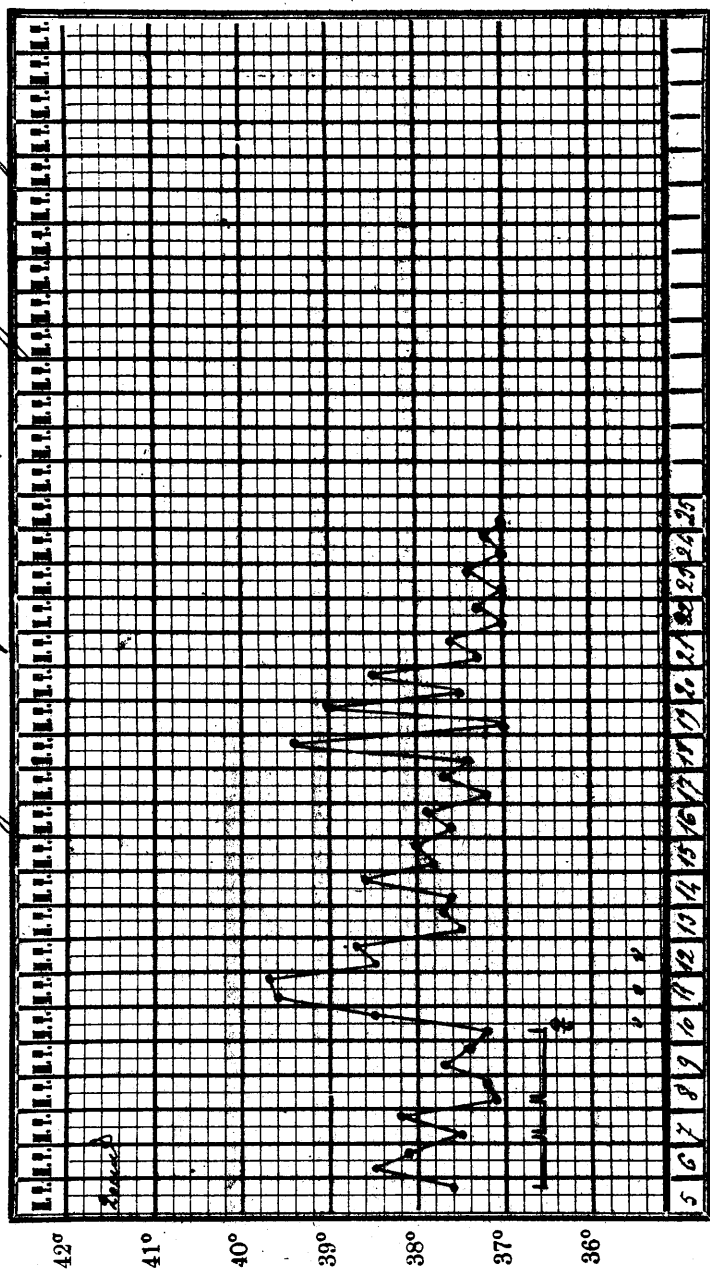
Día 5 de Abril. - L. G. - Buena noche. - Buena hace tres días.  
Inquietud, insomnio, tos seca. Por ex tinguida, trage muy pronto,  
siendo a la salida, intubación inmediatamente. Inyección de 20 grs  
mos de virus Roux. Nada en las fauces. El día 7 extracción del tu-  
do por la mañana, necesitando nueva intubación; lo mismo sucede  
el día siguiente. El día 10 nueva intubación. Tuto muy negro y vol-  
viéndose a presentar la asfisia se hace la traqueotomía. Del 10  
al 15 vestigios de alhuma en la orina. Bacteriitis difusa. El 18 empe-  
ción; la mucosa palpebral se cubre de falsas membranas (muy pocas)

Alta el día 25 de Abril.

Observación núm. 41. Día 3 de Abril de 1901. Semanario 7 de edad. Buenos

Diagnóstico *Carapax*

Examen microscópico *Negativo* - *Queda con el estigmo en el borde largo*



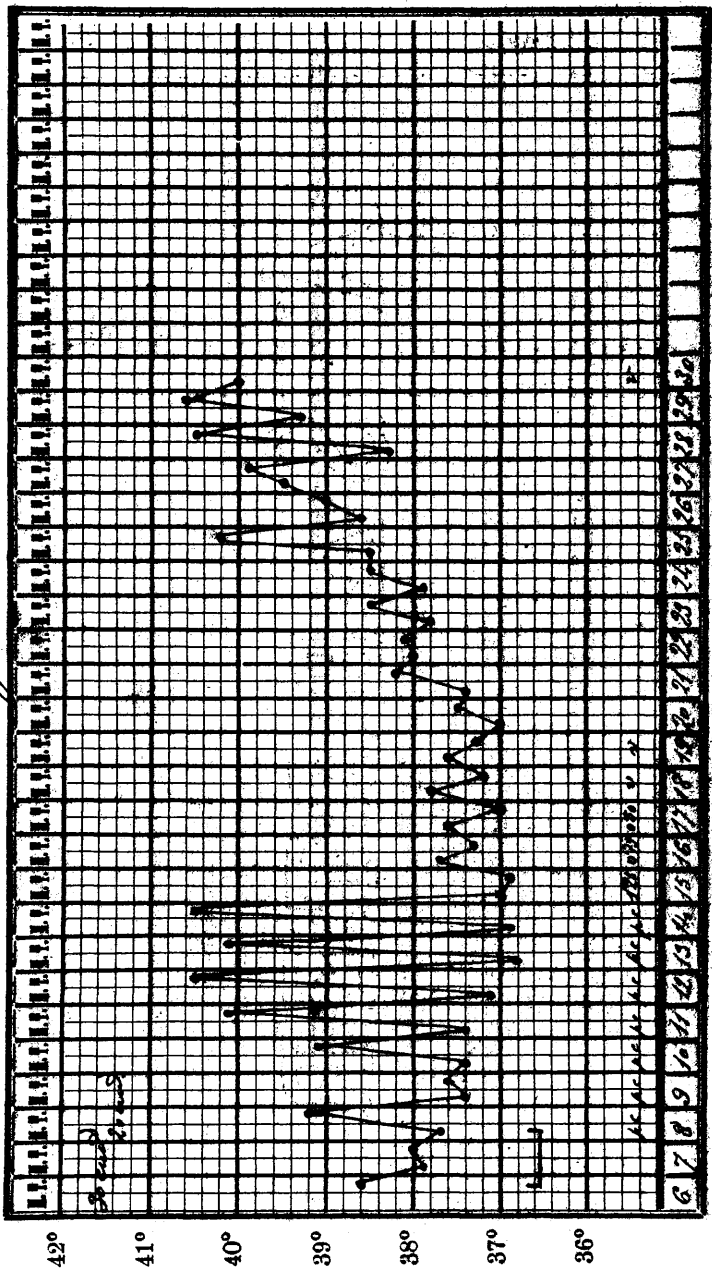
Observación n.º 462

Día 6 de Abril. - S. B. - Veinte y dos meses. Presidpuesta a respirar. En-  
ferma hace cuatro días. Entra con tos roncra, voz extinguida, secreción brún-  
queada, pseudo-membranosa sobre la<sup>ra</sup> en amigdalas; terage desde su  
entrada. Inyección de 20 granos de sales. Intubación al día 6; extrae  
ción del tubo al 8. nueva inyección de 20 granos de sales Ronce, pues al  
expulsado no parecía desprenderse. - Del 10 al 15 grande oscilaciones en la  
temperatura. El 16 erupción miliar directa sobre las nalgas y el dorso. Mien-  
tras adeno-patía. - El 19 erupción morbiliforme, angina lacunar. - El  
23 ótitis y queratodermia. Inyección circunada, periartricular. - El 25  
la temperatura llega a 40.8° - El 28 tubérculos interepitantes, broncopneumo-  
nia a la base izquierda. Regenera cantidad de albúmina en la orina del 8  
al 14. 18 y 19. El 15. 1.25 grs. al 16. 1.45 y el 17. 1.50 grs.

Salvo a petición y bajo responsabilidad de sus padres en estado muy gra-  
ve el día 30 de Abril.

Observación núm. 12. Día 6 de Abril de 1901. Locales de edad 20 meses

Diagnóstico C. Angina. Grupo  
Examen microscópico Bacillus





Operación n.º 43.

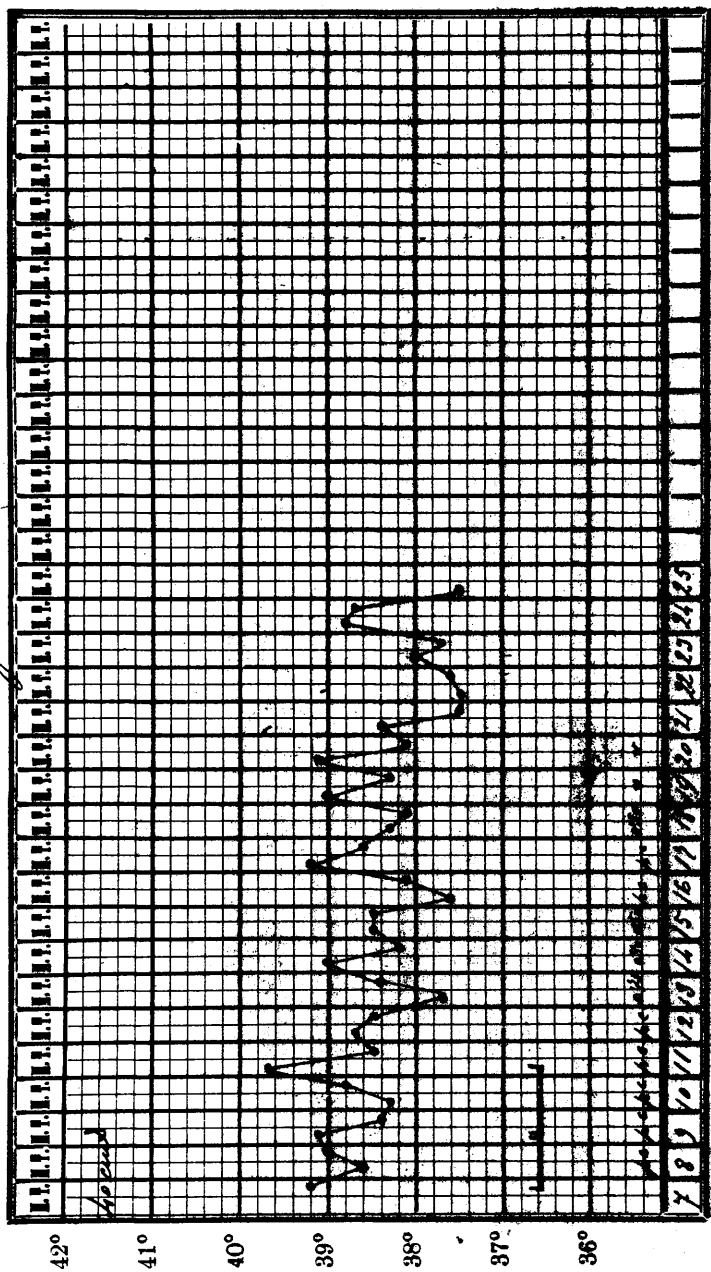
Día 7 de Abril. - E. E. - 7 años. - Ha padecido el escarlatina y la angina. Es predispuesto a resfriados y afecciones respiratorias. Desde hace ocho días, de la garganta luce tos. Exudado pseudo-membranoso ligero sobre ambas amígdalas. Lintea con trazo muy pronunciado, de leintuba inmediatamente, durante la operación el niño se asfixia, se le coloca un tubo largo de Beyer. Tiene un drinpe; es menester la respiración artificial; después de algun rato, melé en or y queda sangui- to. El día 9 por la mañana, extracción del tubo, nueva intubación en agua de. Detubación el día 11 sin accidente. - El 14, una ligera caga de exudado blanco melé i cubre las amígdalas, desaparece sin tratamiento al día siguiente. - El 19 erupción ligera. - Vestigios de albumina en la orina del 8 al 11, 16, 17 y 20. H. H. 0.75 g. y 0.50 por los días 15 y 18.

620 111

Observación núm. 43. Día 7 de Abril de 1901. Cheedore 7 de edad 2 años

Diagnóstico clínico. Influenza de la ligera. Crup.

Examen microscópico. Bacilos largos - bacilos



Observación n.º 10.

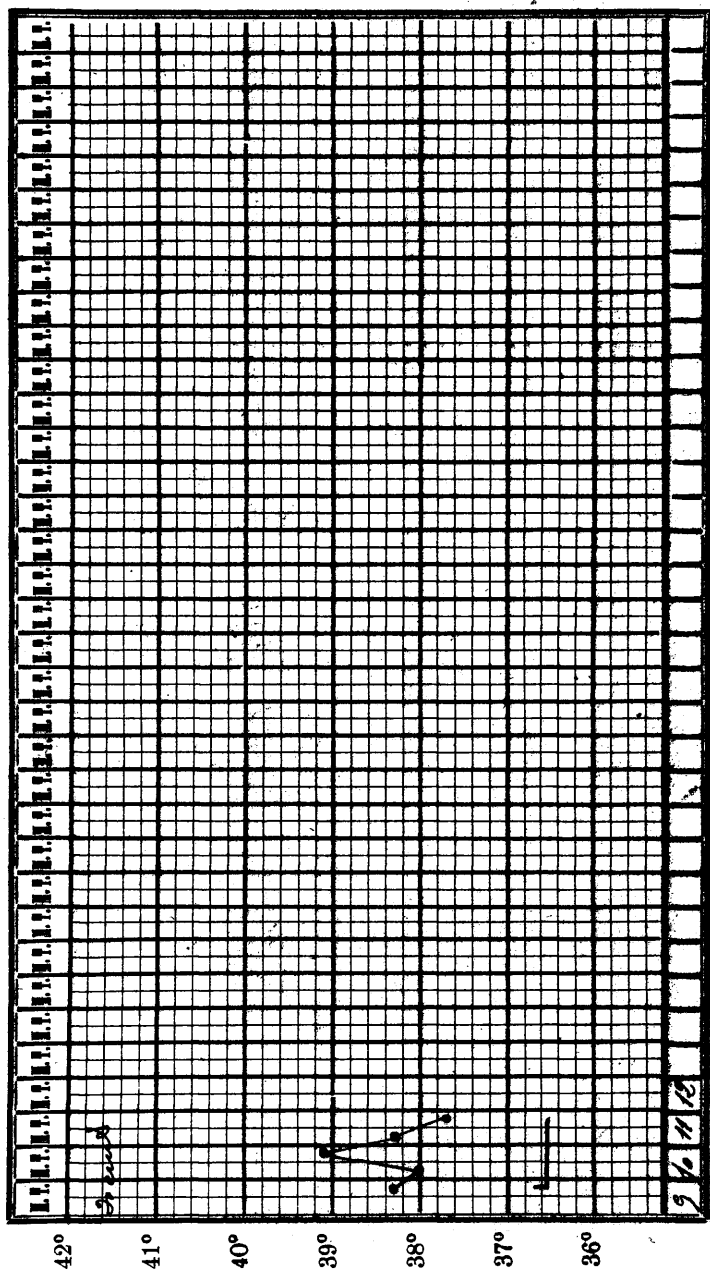
Día 9 de Abril. - A. 3. - Días y noches buenas. - Ha tenido la gripa. - Sufrimiento hace dos días. Insipiente. Sueño poco. Tos seca, voy bastante conserjada, resaca con mucha dificultad. No hay angina ni adenopatia. Inyección de 20 gramos de suero Roux. Inyección a las 10 de la noche.

Muere el día 12 de Abril.

Observación núm. A. L. Día 9 de Abril de 1901 c Albert G. de edad 7 años

Diagnóstico Encef.

Examen microscópico



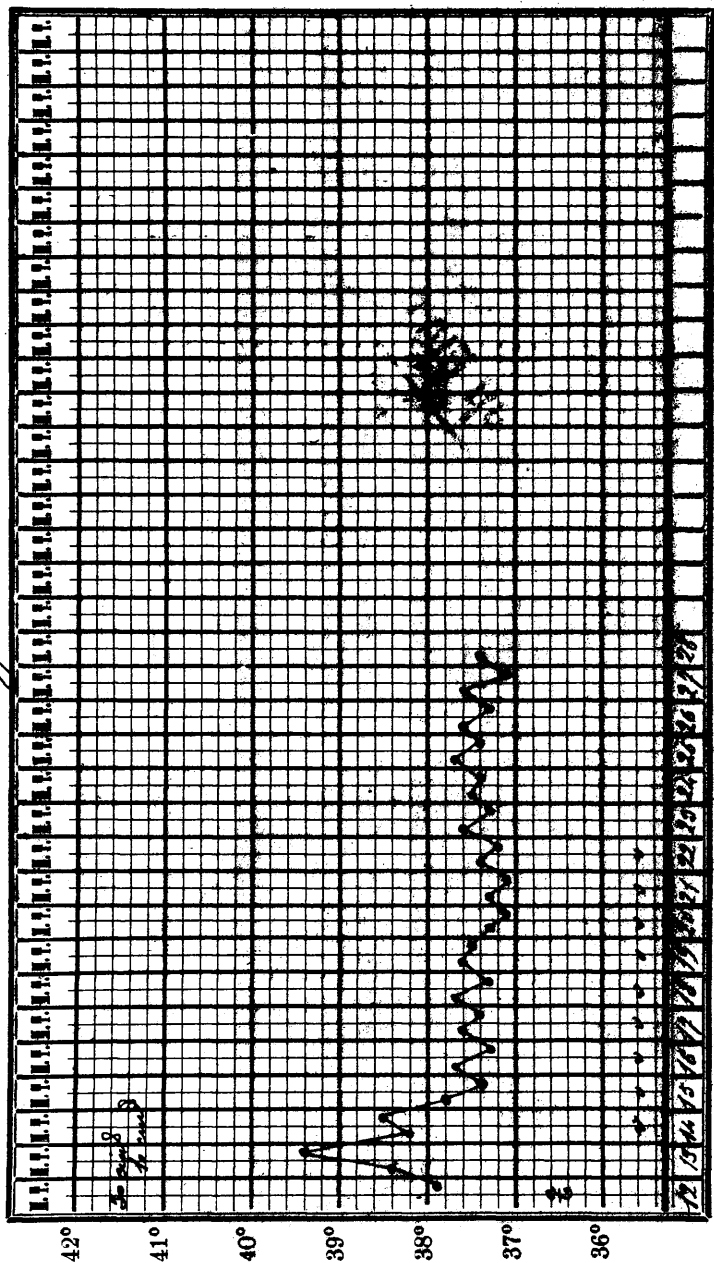
Observacion n.º 13

Dia. 13. Se Abril - Ed. Ed. - Dos años y medio - Enfermo hace  
ochos dias, de la garganta desde ayer; insonnia, tos seca, voz bastante de-  
ca, expulso sobre ambas amígdalas. Inyección de 20 gramos de suero Roux.  
Desde su entrada, a las diez de la mañana, que tiene un frage bien car-  
cado, se intenta la intubación a las once que fracasó por ser nec, siendo  
preciso la traqueotomía, seguida de respiración artificial para volver en  
sí al enfermo. El 13. nueva inyección de 10 gramos de suero Roux.  
Vértigos de alucinación en la noche del 14 al 15.  
Alta, el día 28 de Abril.

Observación núm. 4.5. Día 12 de Abril de 1901. Charla. C. de edad 2 1/2 años

Diagnostico Limp. - Angina. S. S. S.

Examen microscópico Bacilo largo



Choronzon m. 46

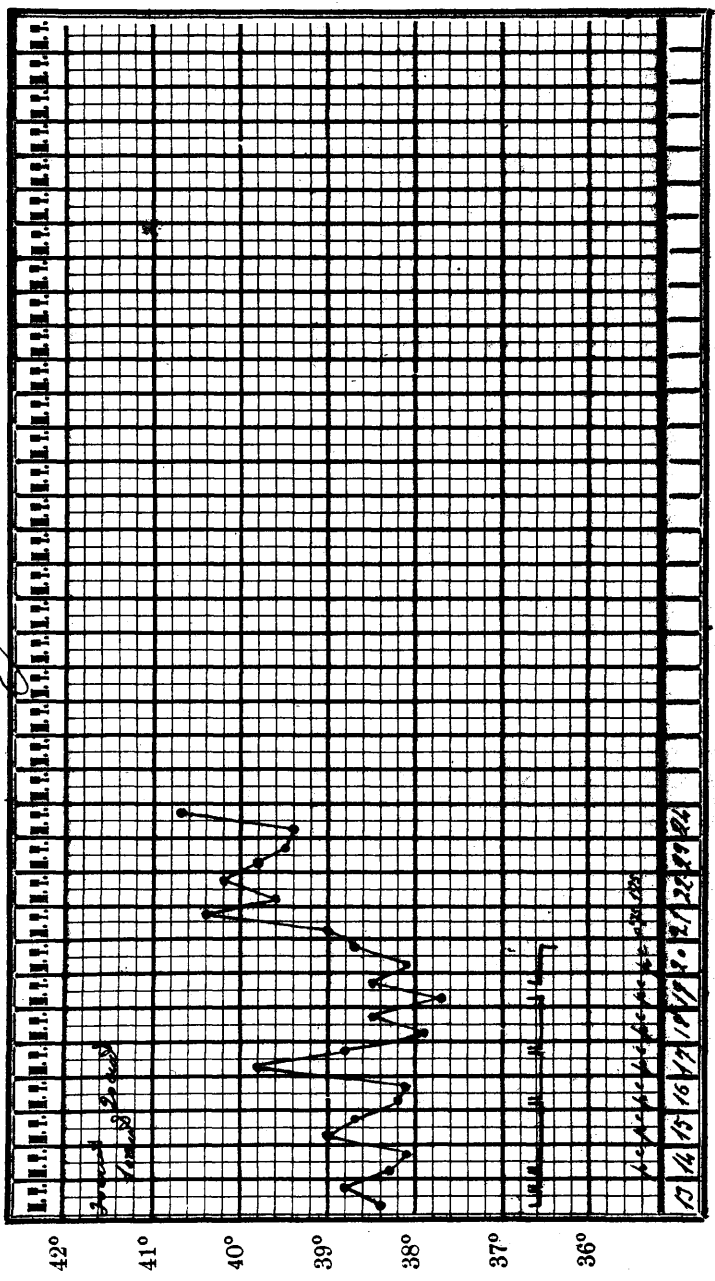
Día 13 de Abril. - H. B. - En los años. - Redistribución a través de la clase de informidades respiratorias y muelas de garganta. - Hace un año que tuvo mied. Paragitis. Difteria o croup. Siempre hace tres días y respira muy mal. Inyección de 30 gramos de oros. Pone. Tabaas manobras sobre ambos amigdalas y la curó. Intubación el 13 por la mañana. El 13 y 14 de setefasime, obligados por obturación del tubo, seguidos de una nueva intubación. El epudado aumenta; adeno-patía cervical derecha. Nueva inyección de 30 gramos de oros. Pone el 14. - El 15 Bronco-pneumonia y gonorrea. El 16 detubación y nueva intubación; Otra inyección de 30 gramos de oros. Pone. El 17 detubación y nueva intubación. El día 18 el epudado expulsa el tubo y respira bien, aunque la bronco-pneumonia se extiende de día siguientes, va agravándose en estado.

Veracruz. De albinoma en la orina del 14 al 22, el 21, 0.45 g. y el 22, 1.25 g. 100

Observación núm. 45 Dia 13 de abril de 1901 Henry B. de edad 2 años

Diagnóstico *Chiquina grande - membrana bule*

Examen microscópico *Basilla larga*





*Observación n.º 47*

Día 13 de Abril - alt. H. - Dos años y medio - Sigfruno hace en-  
tras, respiración muy pesada, epandido profundo. membranas con pre-  
dominancia, en el lado derecho, torax. Inyección de 30 gramos de  
suero antiofídico de Roux. Intubación al mismo día. El día 15 me-  
na inyección de 10 gramos de suero Roux. El 16 extacción del tubo  
quedando la rima en buen estado.

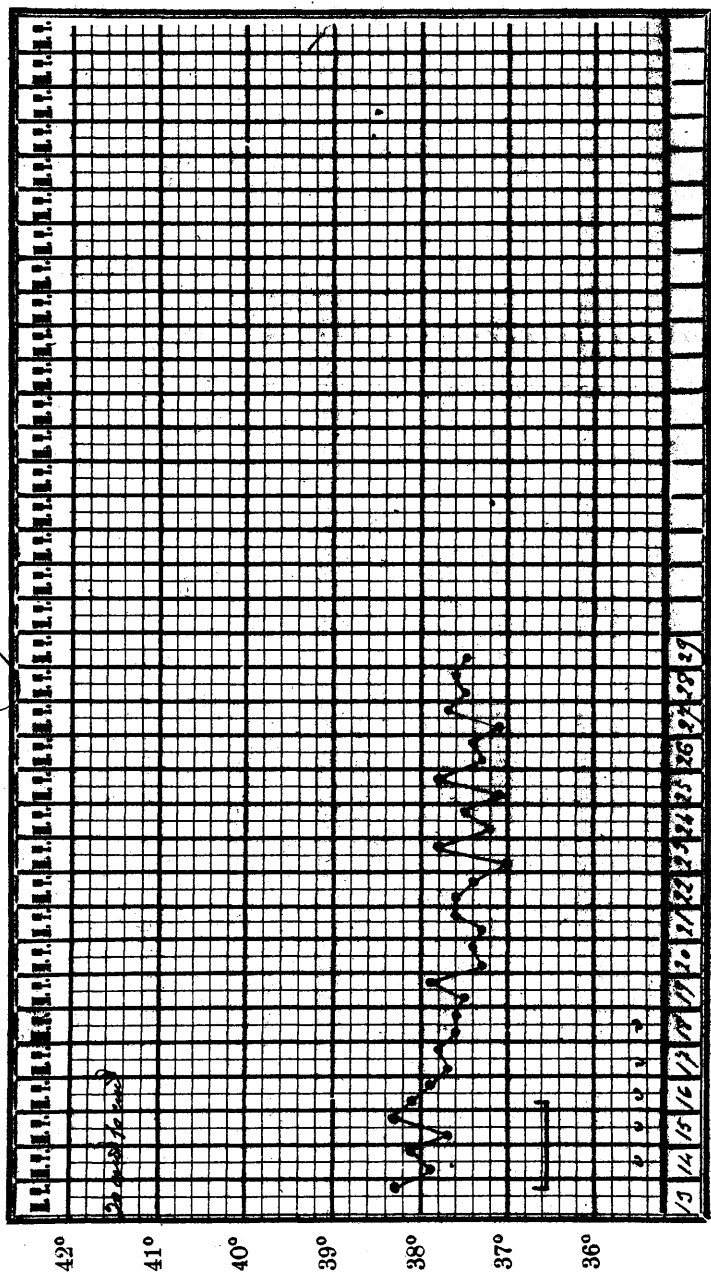
Respiración de aliviana del 14 al 18. El día 18 ligera erupción que  
desaparece en 20 días.

Alta el día 29 de Abril.

Observación núm. 17 Dia 17 de Abril de 1901 Ch. Marcelle 77 de edad 2 1/2 años

Diagnóstico Crupa - Angina de la

Examen microscópico Bron. largo. cor. cor.



Observación n.º 48

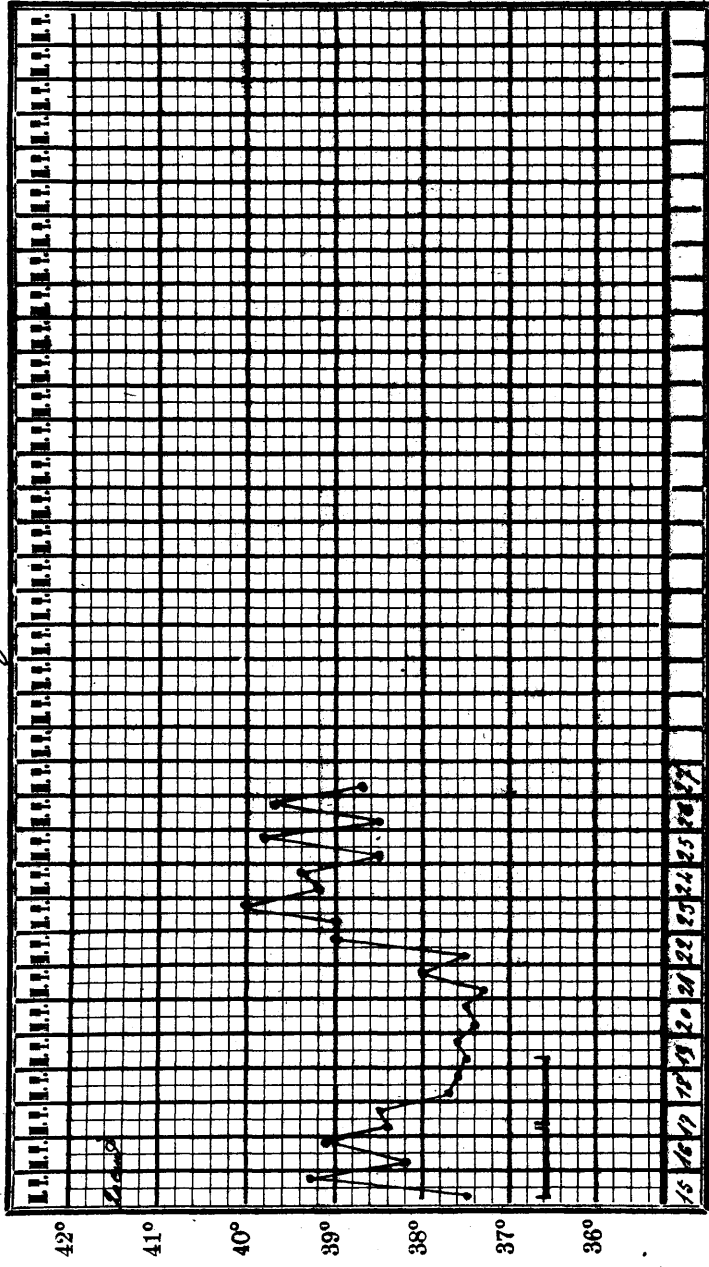
Día 15 de Abril. L. S. - Dos años. - Pedispuerto a respiración y a toser; tiene frecuentes diarreas, está muy debilitada y anémica. Supuración base ocho días; nada en las fauces; laringitis intensa. Ligera bronquitis; tos muy fuerte. Inyección de los ganglios de los antituberculosos de Bonn. Intubación por la mañana. El 17 extubación del tubo y nueva intubación. El 19 por la mañana extubación del tubo. El 20, erupción muy ligera; la temperatura alta, 40.º, por de bronco-pneumonia a la base izquierda; estertores disminuidos en ambos lados.

Muere el día 27 de Abril.

Observación núm. 1.ª Día 15 de Abril de 1901 Teanuca Ch. de edad 2 años

Diagnostico *Leishmania intestina*

Examen microscopico *Parasito largo*



## Observacion n.º 19.

Dia 15 de Abril - Lk. B. - Los aires - Los faciliante, tuvo el  
sarampión, hace ocho dias que salió del hospital. Sufrimos hace tres  
dias; nada en las fauces, respiracion difícil, y completamente  
de estinguida. Inyeccion de 20 gramos de suero anti-difterico de  
Roux. Intubacion, el mismo dia a las ocho de la noche. La traquea  
vino del tubo el 17 por la mañana, sin novedad.

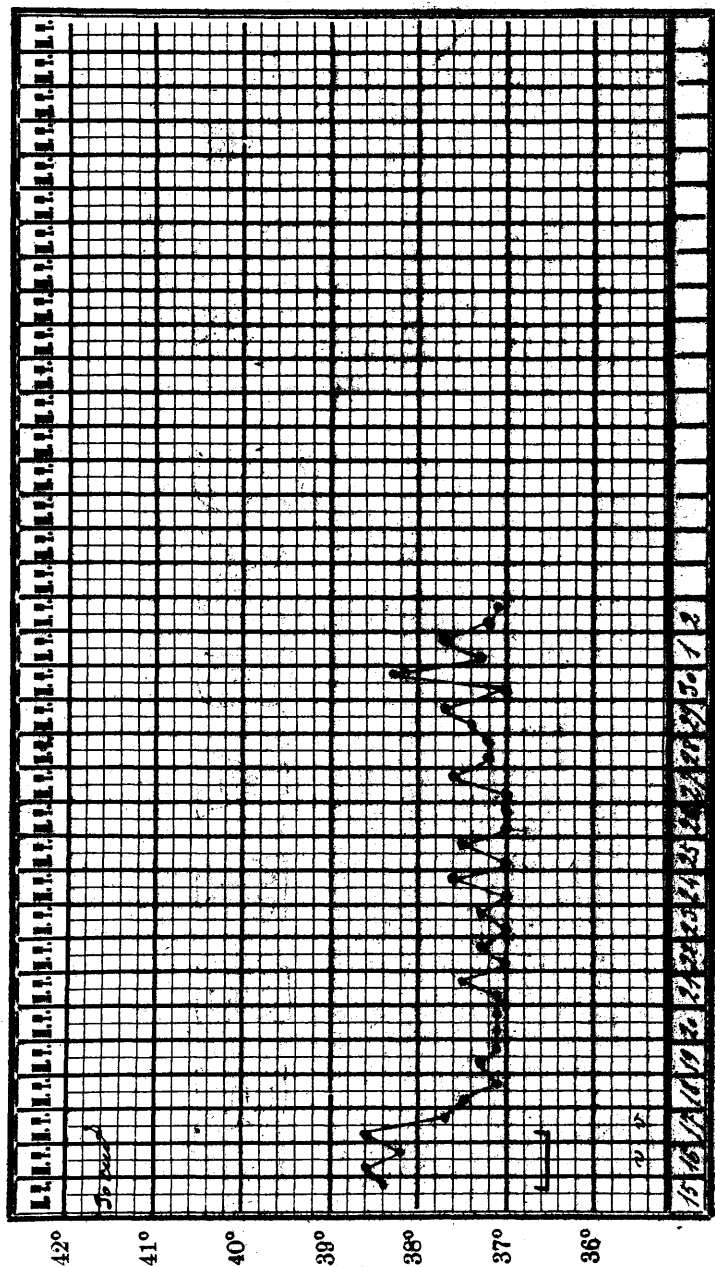
Tráquea se abrimina en la orina los dias 16 y 17.

Sale el dia 2 de Mayo.

Observación núm. 49 Día 15 de abril de 1901 Charley B de edad 2 años

Diagnóstico Erup.

Examen microscópico Bacilo antrax.



Observacion n.º 50

Dia 16 de Abril - S. M. - Cuarto año. Nueva habitual.

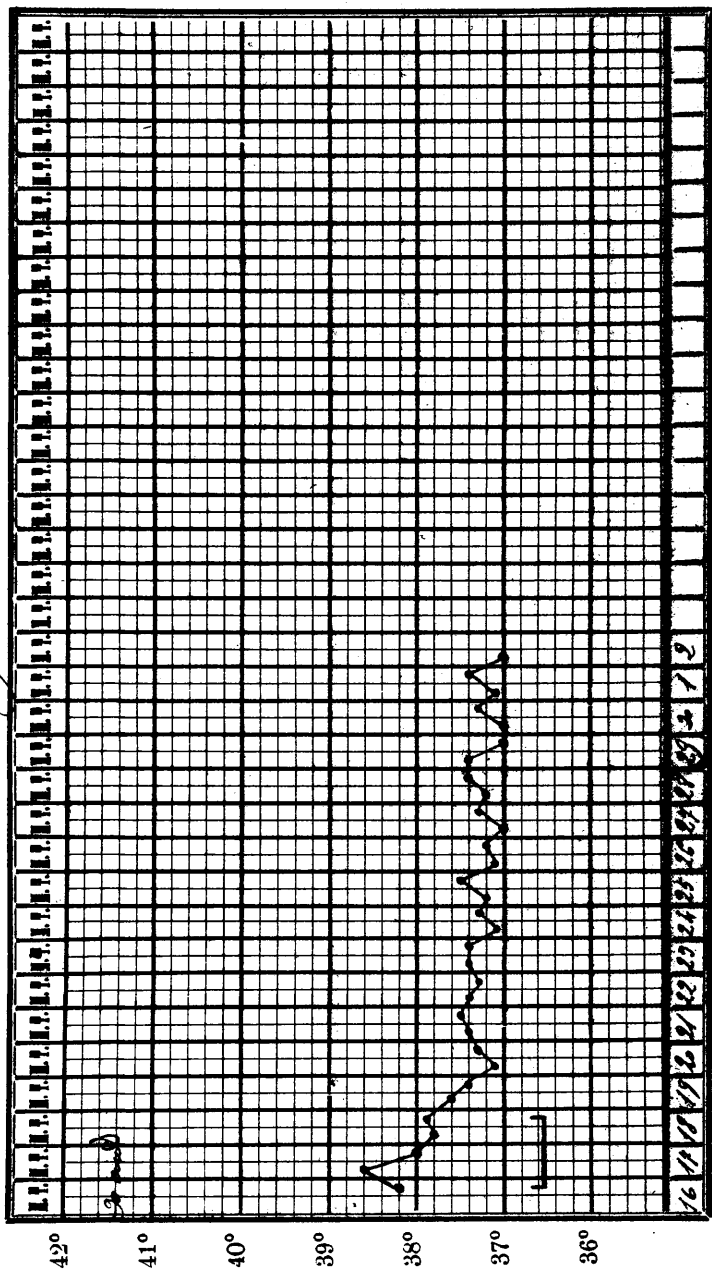
mente cuando deseme, predispuesta a la tr, respirados y malos de la  
farganta. La tandra of diranpion a la trs año y tambien pe-  
rotos. Se quiza del cuello y tambien de las rejas hace muchos  
ligeros expensas sobre la amigdale y quierda. Pitos que separe  
el dia 19 y siguientes. Inyerrin de 30 granos de oroso. Rome fu-  
tilacion al poco rato de su entrada por expigirle asi el torago inter-  
do que presentaba. Observacion del tubo sin accidente el dia  
18.

San otra novedad vale el dia 9 de Mayo

Observación núm. 50 Día 16 de abril de 1901 Examine. c. M. de S. de S. de S.

Diagnóstico *Leish.*

Examen microscópico *Bacilo largo, co. co. co.*





Observación 22-51

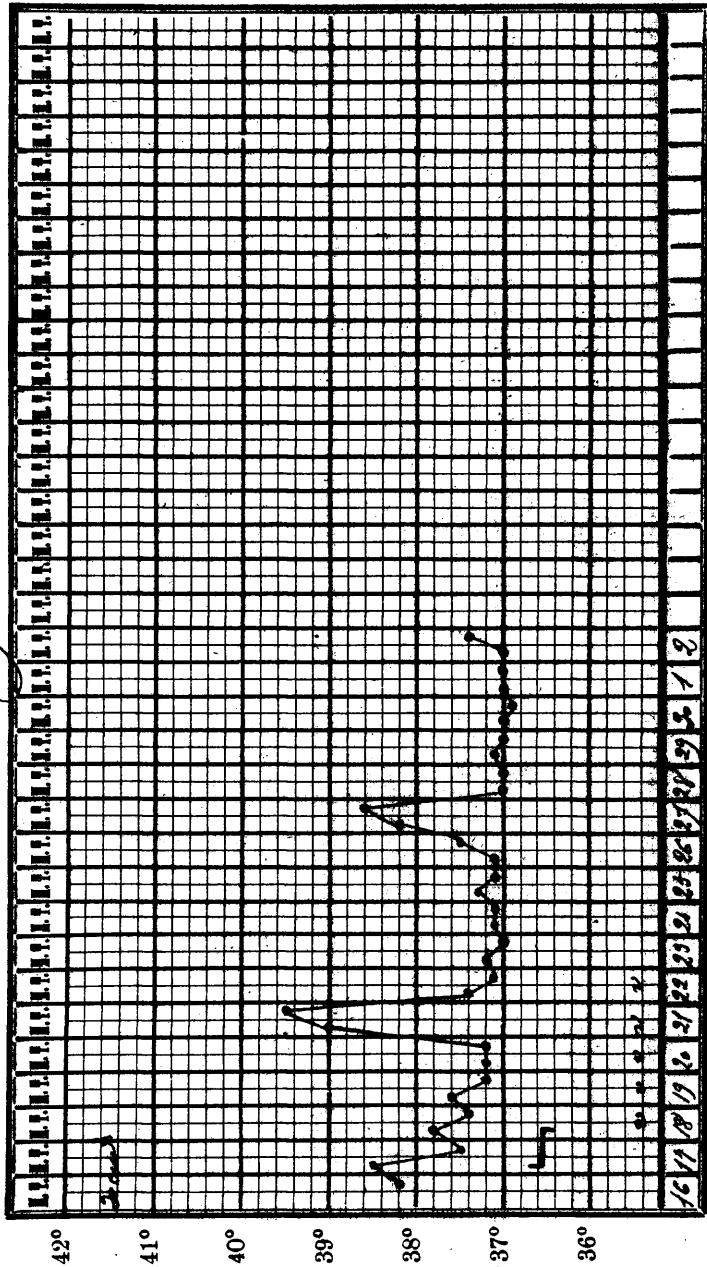
Día 16 de Abril - L. J. - tres años. - Después de a tomar, respa-  
de y oírle de la garganta. Se quie el cuello hace tres días. Un-  
ha en ligero epidad pseudo-membrano sobre amida, amigdalas, to-  
respiración fatigosa, voz extinguida. Inyección de 30 granos de creos-  
tina. Intubación el día 17 al día siguiente el tubo es expulsado, sin in-  
cesidad de nueva intubación. El 21 la temperatura asciende a 39.5° gra-  
do desciende al día siguiente. Ligera erupción por-articular el día  
28.

Alta el día 2 de Mayo.

Observación núm. 31 Dicho de Abril de 1901 Leon T. de edad 2 años

Diagnóstico Erupción de la piel ligera

Examen microscópico Escala larga



## Observación n.º 52

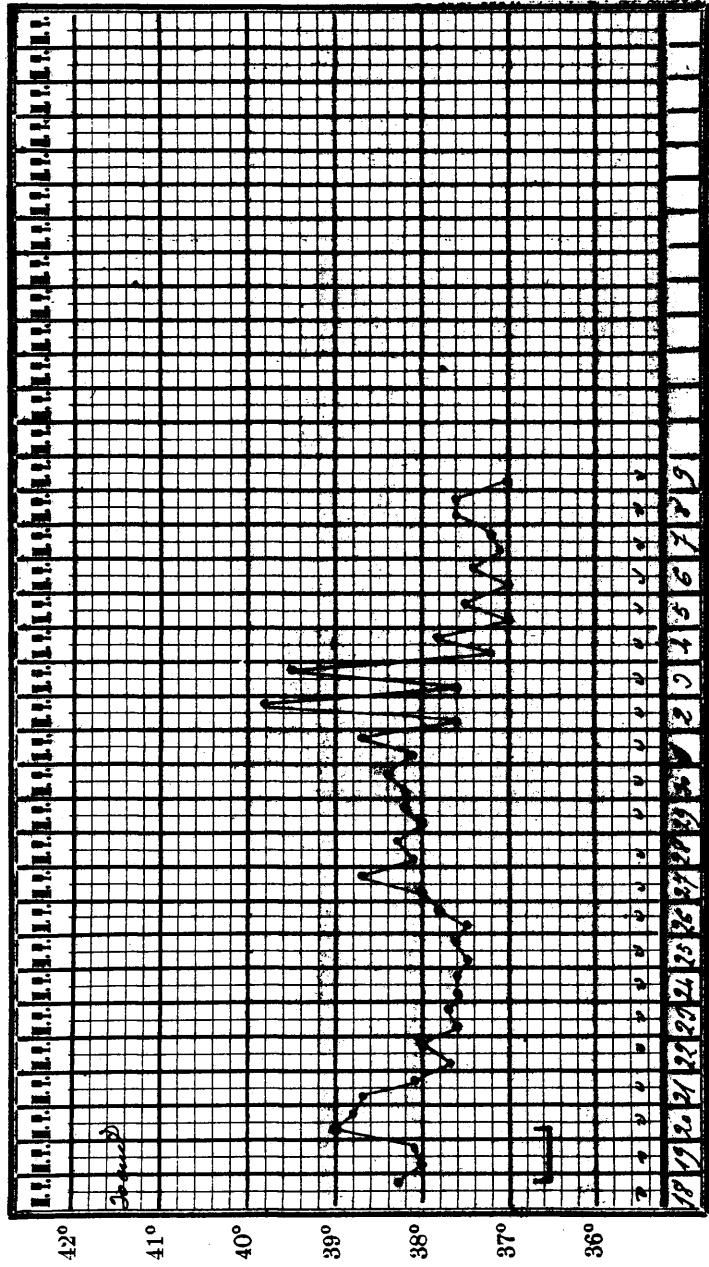
Día 18 de Abril - R. D. - Dos años y medio - Prebispuesto a  
afecciones de las vías respiratorias. Ha tenido la varicela y la exan-  
toma. Sufrimos doce días, respiración difícil, tos, voz agitada.  
Inyección de 30 granos de óxido de Hg. Intubación el mismo día.  
Extracción del tubo el día 20 por la mañana. El 26 otra inyección  
de óxido. Erupción de varanpion (verdadero) el día 8 de Mayo.  
Vestigos de aluminismo en la orina siempre.

El día 9 de Mayo sale.

Observación núm. 52 Día 18 de Abril de 1901. Papeo D de edad 2 1/2 años

Diagnostico Crup.

Examen microscópico Bacilo mediano



Observaciones n.º 59

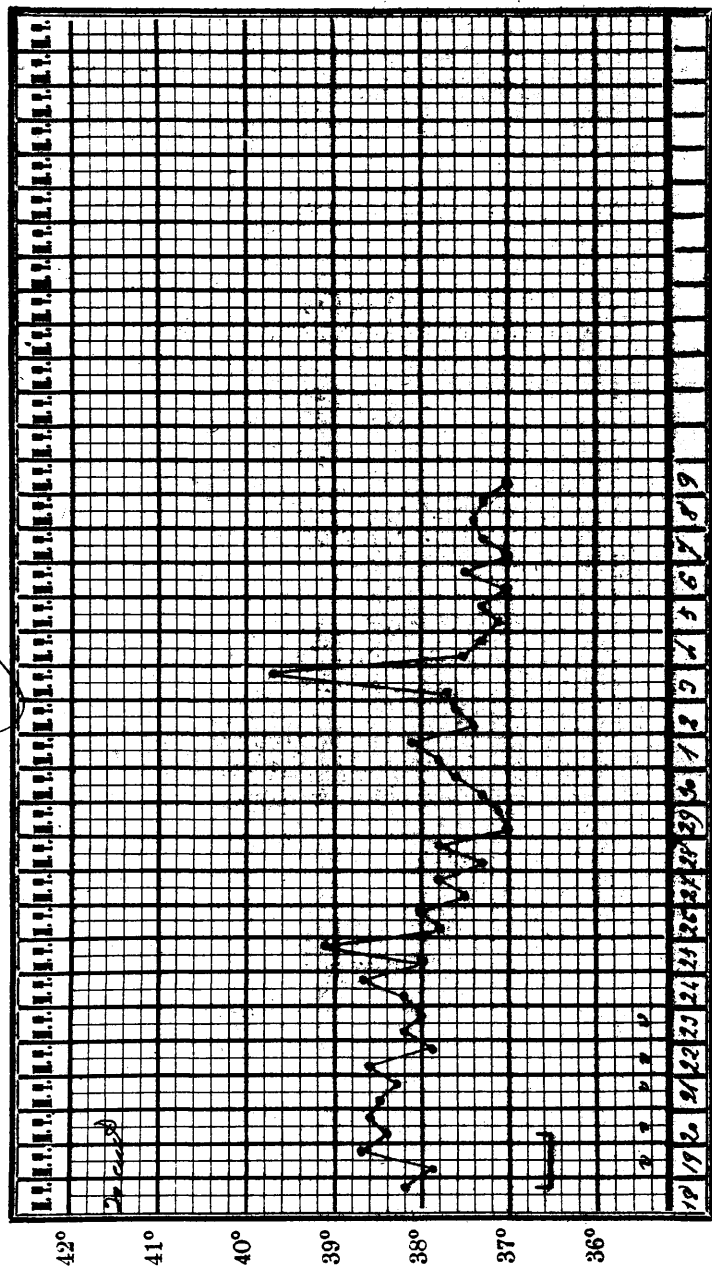
Día 18 de Abril - A. A. - Cinco años. - Predispuesto a las afecciones respiratorias. Ha tenido el serapion hace nueve días y se le conminó decir que en un día 10 de Abril. - Conferencia hace los días; laringitis. Degeneración de la granosa de oído. Romp. Noción de suismo ha por la tarde. Extracción del tubo el 20 por la mañana. Bronquitis ramuscular aguda el 22, siguientes. El 29 existen en placas, viruado, polimorfo. Bronco-pneumonia poco acentuada. - El 2 de Mayo, otitis doble. El día 3 la temperatura asciende a 39.7 sin que se encuentre otra causa que la otitis. Al día siguiente noche a la vespertina. Del 19 al 23, ventosas de abstinencia en la tripa.

A los el día 9 de Mayo.

Observación núm. 53 Día 18 de Abril de 1901 Chiquitán, Ch. de Sud. Lano

Diagnostico C. L. L. L.

Examen microscópico Bacilo Largo



*Choraceros n.º 54.*

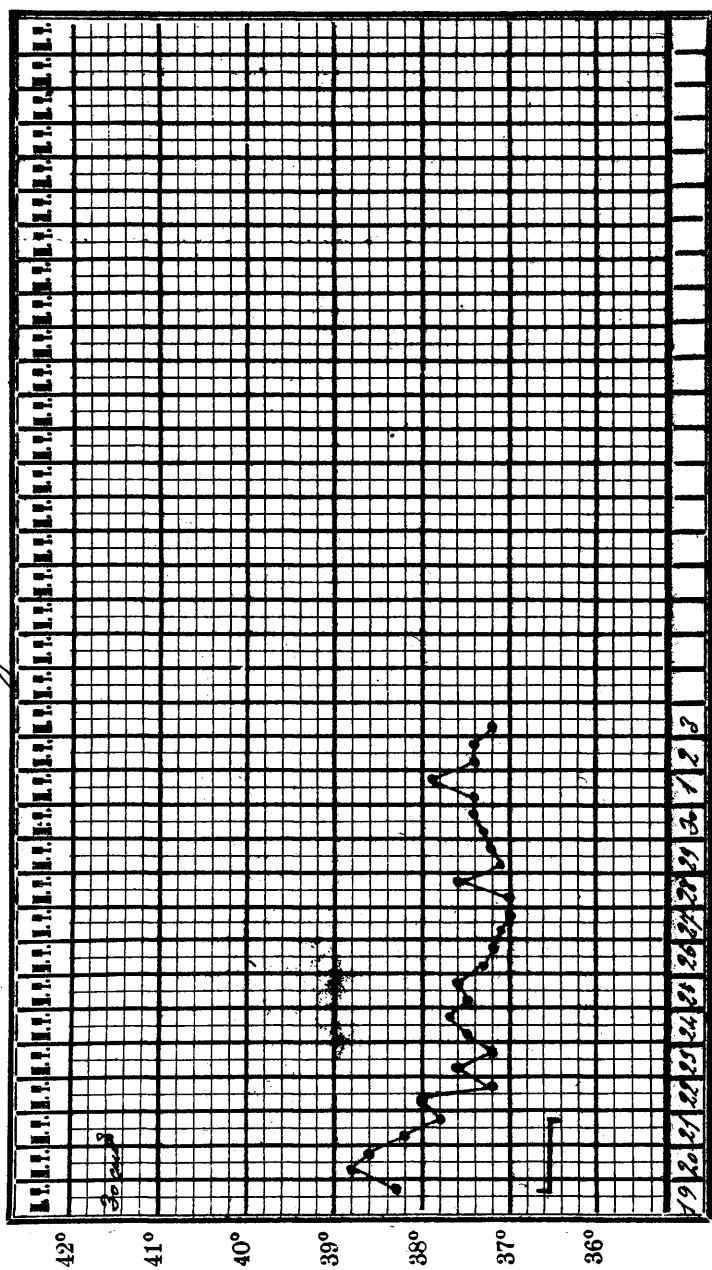
Día 19 de abril. - J. D. - Venite y los mases. Debié puestas a  
brongitis y otras afecciones del árbol respiratorio. - Sufrir una haca con  
to de los Angina lacunar. - Trup. Inyección de 30 gramos de suero.  
Ruy. Inyección por la tarde del 19, al 21 por la tarde espulso de  
tudo espontáneamente, sin necesidad de nueva intervención.

Alta el día 3 de Mayo.

Deidad Lineres

*Diagnostico C.Angina pectoris...*

Examen microscópico *Bacillus largus*





Observación n.º 55

Día 21 de Abril - C. L. - Sete años - Presidioso a tener, y res-  
fraje. Enfermo hace ocho dias, se quiza de la garganta hacia un poco  
tiempo. Gravidade nings. Prinitado en la punta de la amigdalas de.  
secha. Grap. Inyección de 20 gramos de suero Roux. Intubación.  
El día 23 ~~se~~ con acceso de tos el tubo sale de su puesto y el niño lo  
traga, y día que se quiza novedad, es encontrado al cabo de tres dias  
en las deposiciones. No hay necesidad de nueva intervención.

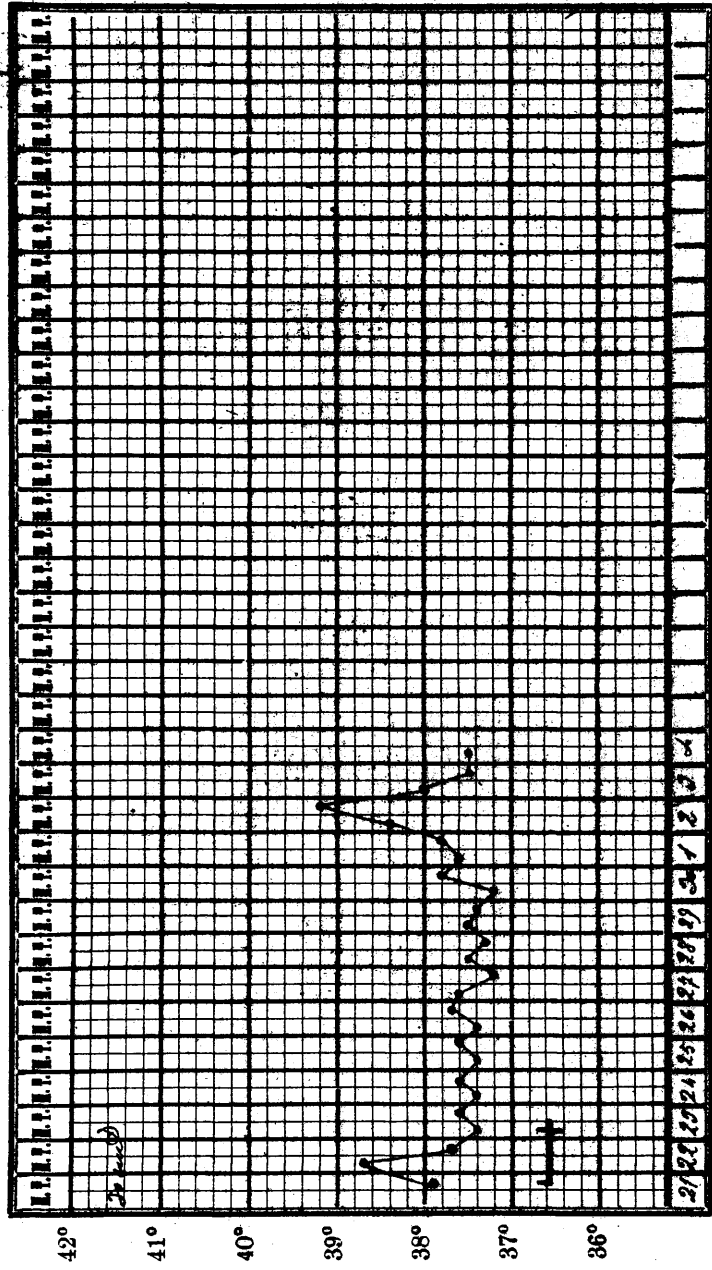
El 2 de Mayo. erupción lechosa al oído

Alta el día 4 de Mayo.

Observación núm. 55. Día 21 de abril de 1901. Langdon St. de edad 7 años

Diagnóstico *Chaypa*

Examen microscópico *Bacilo med. largo*



### Observación n.º 86.

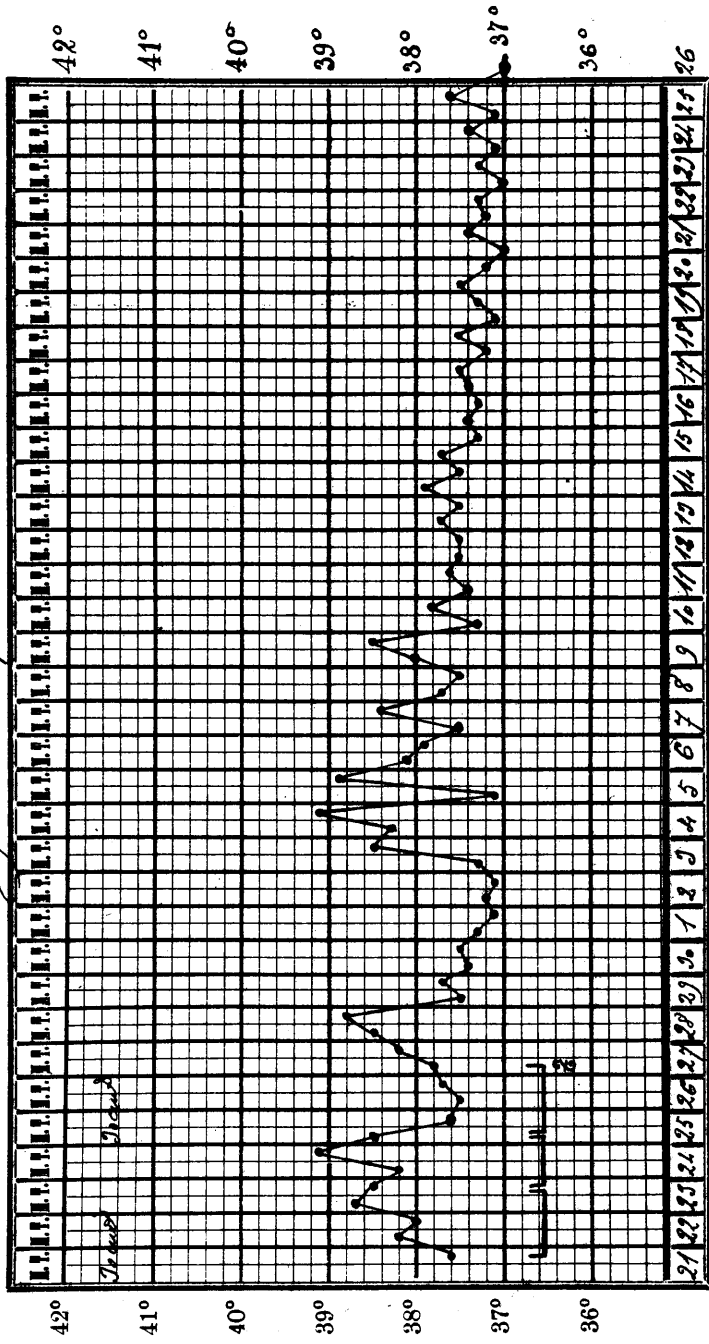
Día 21 de Abril - E. Loh. - Dos años y media - Nueva Sabtielman.  
Se hace con frecuencia. Sufrimos hace tres días. Espudade muy lin-  
tada sobre la angostura derecha, no hay ni el mas ligero infarto ganglionar.  
Laringitis; en repetidos exámenes bacteriológicos nunca se encuentran nin-  
guna esferita, no obstante se le ingesta 30 granos de urea. Purgos y otros so-  
gramos al 25. El estado respiratorio obliga a hacer la intubación. En detub-  
ción los días 23 y 25 de grandes de mano trage y nueva, intubaciones, la tula sa-  
lan con algunos manchados rojos. El día 27 se extrae de nuevo el tubo y vol-  
viéndose a presentar la asficia se hace la traqueotomía. El día 30 se extrae  
la siuma; la herida trage al organo. - Bronco-pneumonia púrida. Coban a  
la base izquierda; bato caliente. El día 9 de Mayo, erupción morbiliforme. Se  
pin se cura la herida trage al día 21.

Alta el día 26 de Mayo. --- Vuelve el día 27 por batojo presentando nuevos  
ataques de asficia. - (Ver la observación n.º 85.)

Observación núm. 56. Día 21 de Abril de 1901. Lengua Ch. de edad 2 1/2 años

Diagnóstico *Laringitis*

Examen microscópico. *Negativo siempre.*



Observación n.º 54

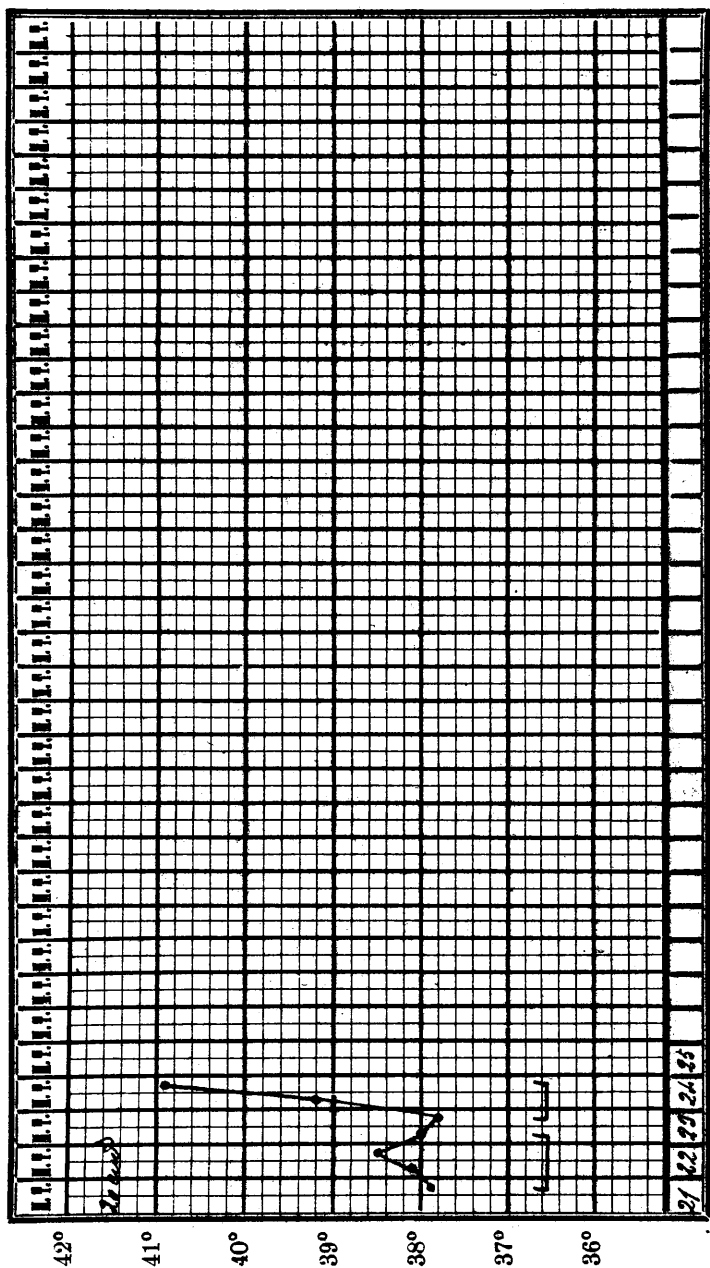
Día 21 de Abril - C. H. - Veinte y un mes - Predispuesta a  
afeciones brongicas - La tos es el paroxismo. Tráquea hace un ruido  
Respiración perosa, tos, voz extinguida, adenopatia cervical muy  
pronunciada, parosy extrema. Inyección de los ganglios de cuello an-  
tidisténico de Roux. Intubación el mismo día. El 23 por la maña-  
na detubación, nueva intubación por la tarde. Detubación el día  
24 por la tarde. La temperatura asciende a 40.9°.

Muere el 25 de Abril.

Observación núm. 57 Dia 21 de abril de 1901 *Alga* de edad *juven*

Diagnostico *Crotopa*

Examen microscópico *Bacilo medianus coccol*



Observación n.º 58

Día 25 de Abril - Ch. V. - Dos años y medio. - Buen desarrollo físico hasta quince días. Enfermo de la garganta hace tres días, respiración difícil, tos, muy roncaca. Cough. Inyección de 20 granos de iodo. Ronca de tubación. Al día siguiente, espulsa el tubo, nueva intubación y otra espulsión por la tarde seguida de nueva intubación. Otra inyección de 20 granos de iodo. Nada en las fauces, completamente limpias. El 28 de tubación sin accidentes. Angina lacunar con puntitos minúsculos. El 30 de Mayo han desaparecido los pequeños puntitos blancos y la angina.

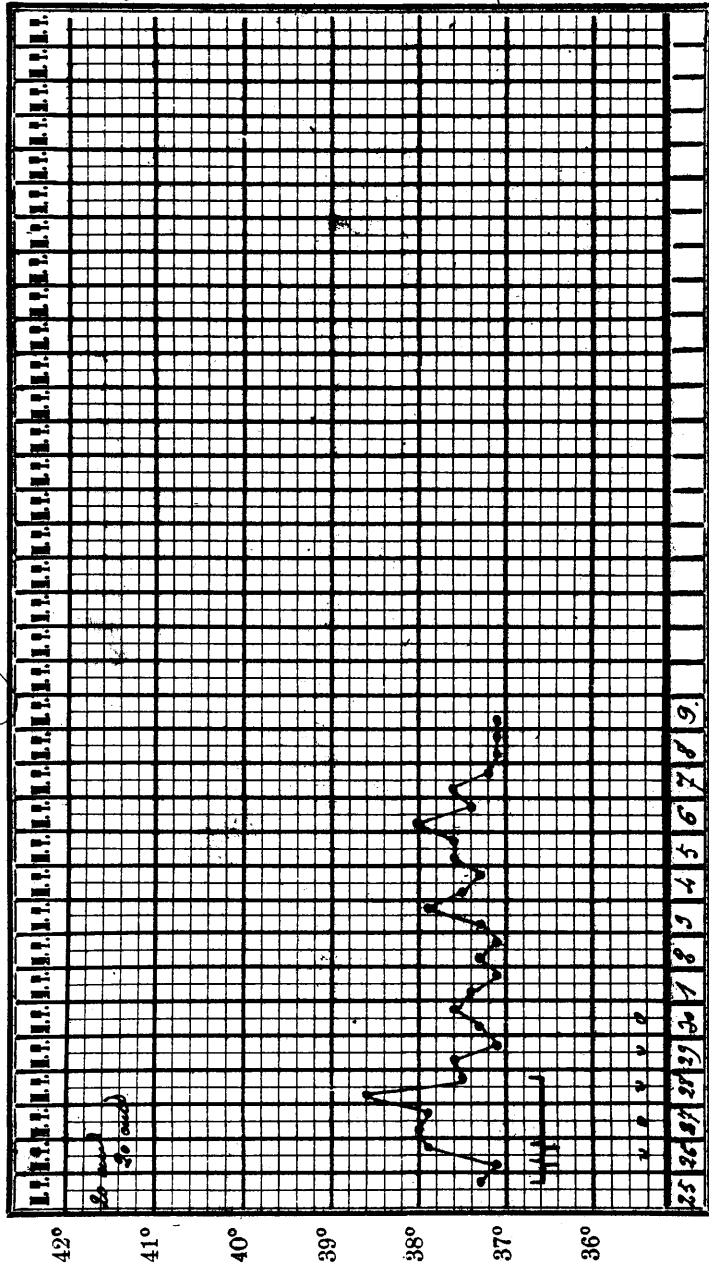
Angina de alburnina en la orina del 26 al 30 de Abril

Sale el día 9 de Mayo.

Observación núm. 5.ª Día 24 de Abril de 1901. *Lecharla V.* de edad 2 años

Diagnóstico *Chagasia lacunosa* - *Crypta*

Examen microscópico *Bacilo largo*





*Operación n.º 59.*

Día 28 de Abril. - L. L. - Veinte meses. - Indisposición a tener la tibia la diestra verde, y hace ocho días que cesa del sangramiento. Respira con dificultad, hace quince días, ligero coryza, no hay angustia, laringitis ligera. Sangría de 10 gramos de suero Roux. Foco de bronco-pneumonia, pseudo-tubérculo en la base izquierda. El día 14 de Mayo una placa de gangrena se presenta en el labio superior, se extiende por parte de la ventura nasal, pero puede localizarse. Intubación el día 11 al mediodía; extracción del tubo el 13 por la mañana; nueva intubación. Bronco-pneumonia a la izquierda.

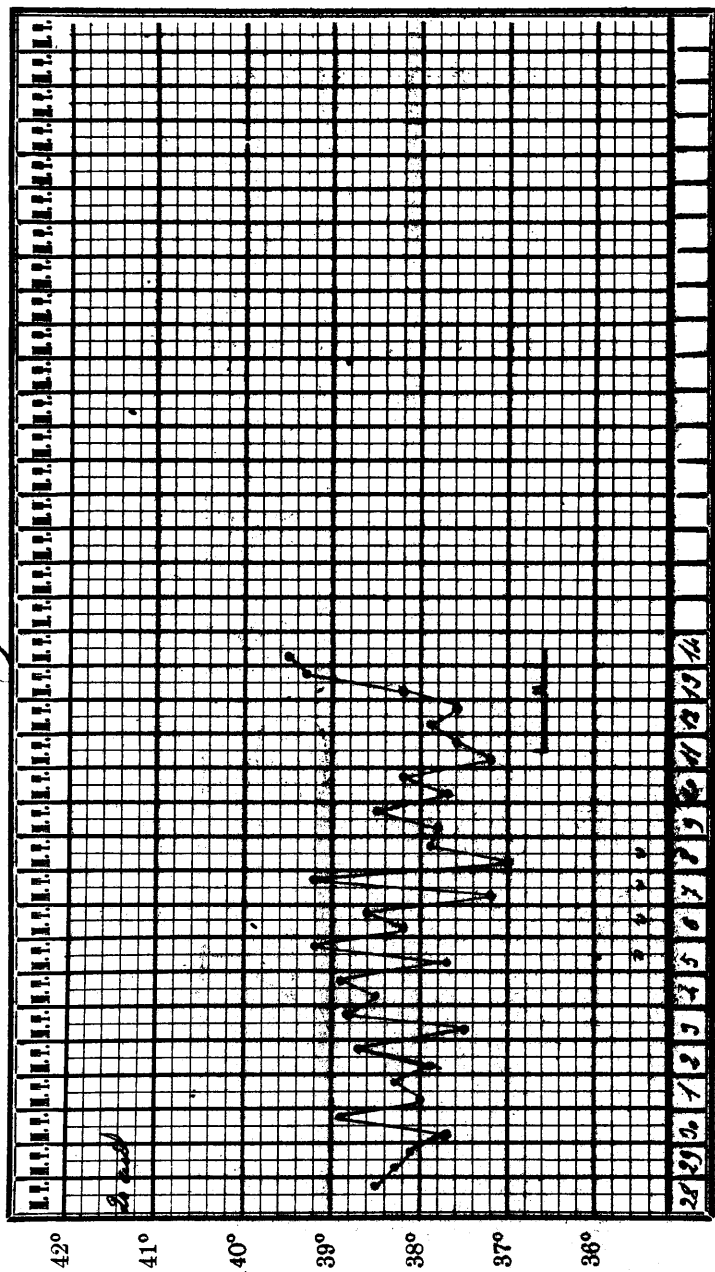
*VP* Vestigios de albitrismo en la orina del 5 al 8.

Muere el día 14 de Mayo.

Observación núm. 59 Dia 28 de Abril de 1901 *Examen* de *adhesión*

Diagnóstico *Laringitis*

Examen microscópico *Basilo largo*



Observación n.º 60

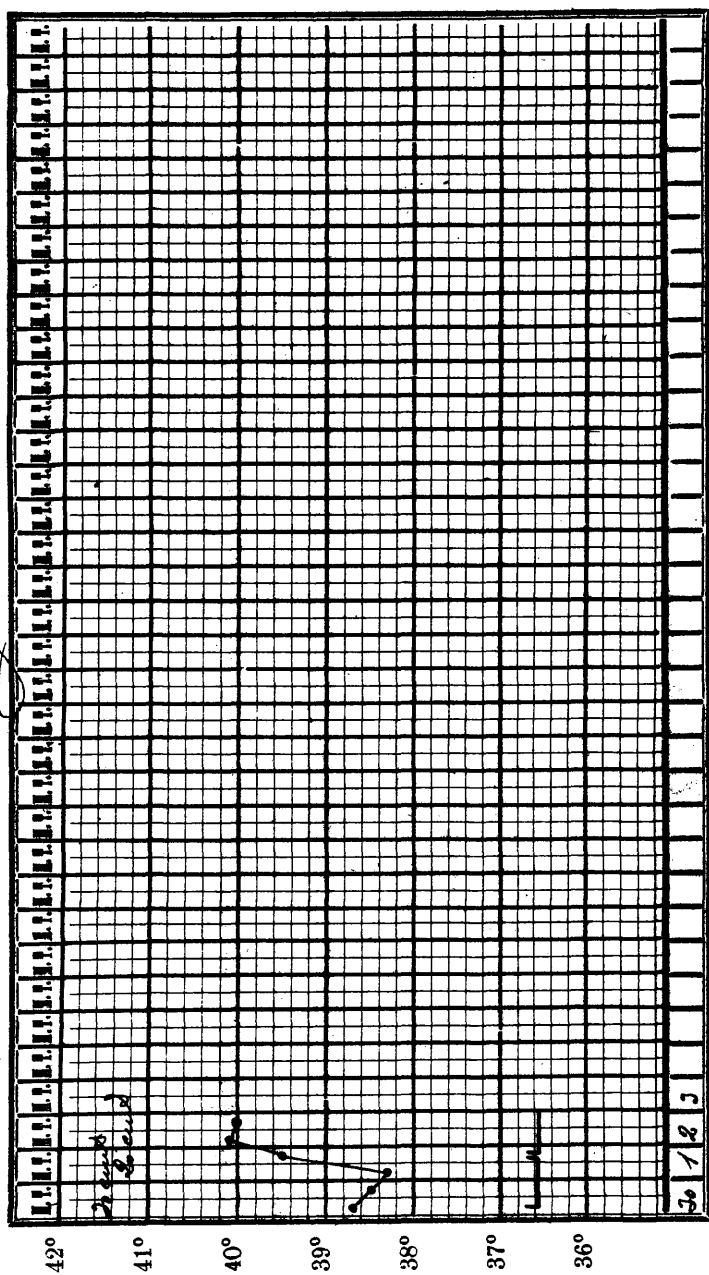
Día 30 de Abril - A. C. M. - Cuarenta años y más. - Poder puesto a toser, a respirar y apecunas laringeas. Entra en estado asfíctico. Instalación inmediatamente seguida de respiración artificial e inyecciones de éter. Mucho pus en la garganta. Inyección de 30 gramos de suero Ross. Al día siguiente otra inyección de 20 gramos de suero Ross. Debilidad y menor intubación. El día 3 de Mayo, signos de bronco-pneumonia a la izquierda.

Muere en la madrugada del día 3 de Mayo.

Observación mín. C.C. Día 27 de Abril de 1901 *Estadística M. de edad de 1/2 año*

Diagnóstico *C. r. p.*

Examen microscópico *Basilla larga*



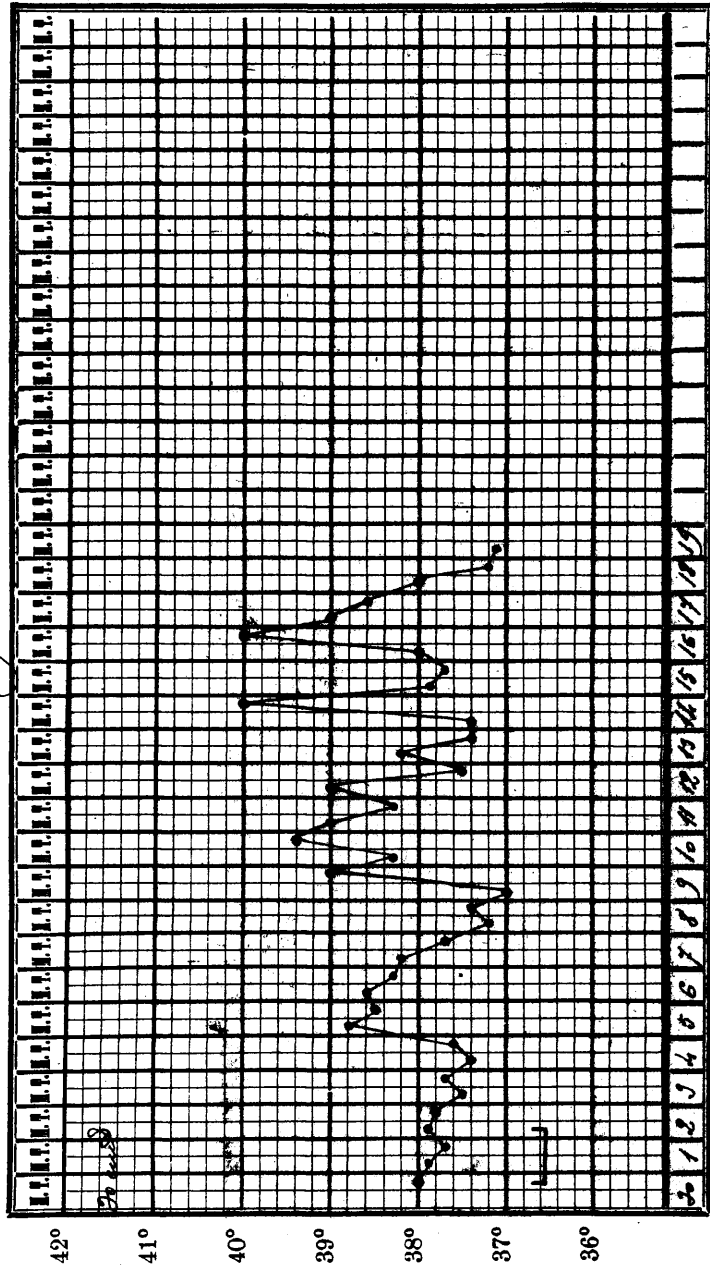
## Observación n.º 61

Día 2.º de Abril. - H. L. - Cuatro años. - Ha tenido la coqueluche. Injuria de la garganta desde el 25; no hay angina, laringitis, ni estenosis. Inyección de 20 granos de orlen anti-difteria J. Roux. Desde la entrada que tiene tiraje, que se acentúa obligando a intubar por la tarde. Destilación el día 2 de Mayo por la mañana, tubo completamente negro. - Herpes al lado de la oreja y quiebra el 5. Erupción escarlatiniforme el día 6. Pídemitis al nivel del ángulo del maxilar inferior. El día 10 nueva erupción escarlatiniforme. El día 15 erupción circinada. El día 16 erupción circinada, quedando los maxilares de piel sana rodeados de una zona eritematosa. Puso en la garganta. Voy siempre aforica, aun que los últimos días se aclara un poco.

Sale el día 19 de Mayo.

Observación núm. 6.1. Día 2. de Abril de 1901 Henry G. de edad 6 años

Diagnóstico *Lasinogaster inintermedia*  
Examen microscópico *Bacilo largo*



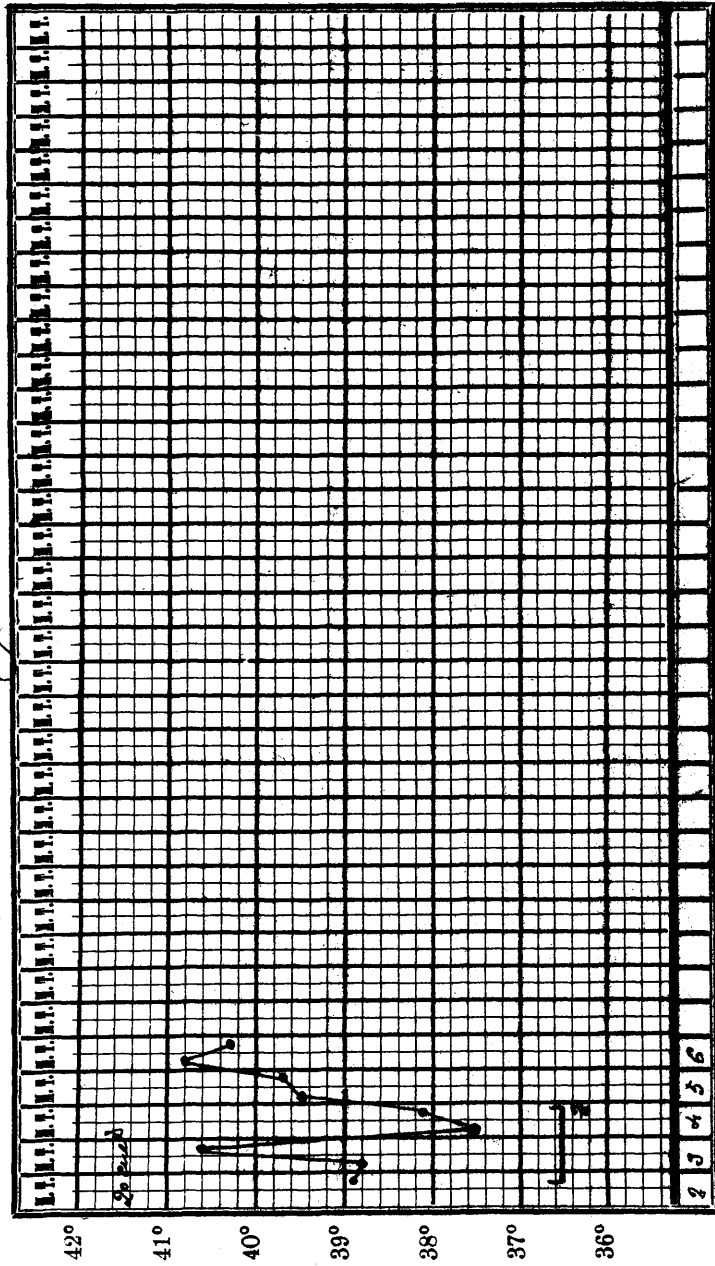
Observación n.º 62.

Día 2 de Mayo - H. D. - Sarangpuri concomitante con la defecación. Hiere de la vena del Sarangpuri con la expresión. Grupo de células No. hay expansión en las fauces; respiración débilmente; no hay nada en los pulmones. Inyección de los granos de arenosa difteria. Intubación. El día 4, estertores en la base de ambos pulmones. Extracción del tubo; nuevo tiraje - Braqueetonia. - El día 5, poca de estertores subyacentes en la base izquierda. El día 6 estertores, muy finos, temerarios originarios a 40°.

Muere el día 6 de Mayo por la noche.

Observación núm. 62. Día 2 de Mayo de 1901. Hene. L. de edad.

Diagnóstico *Crup.*  
Examen microscópico *Rasos larga*





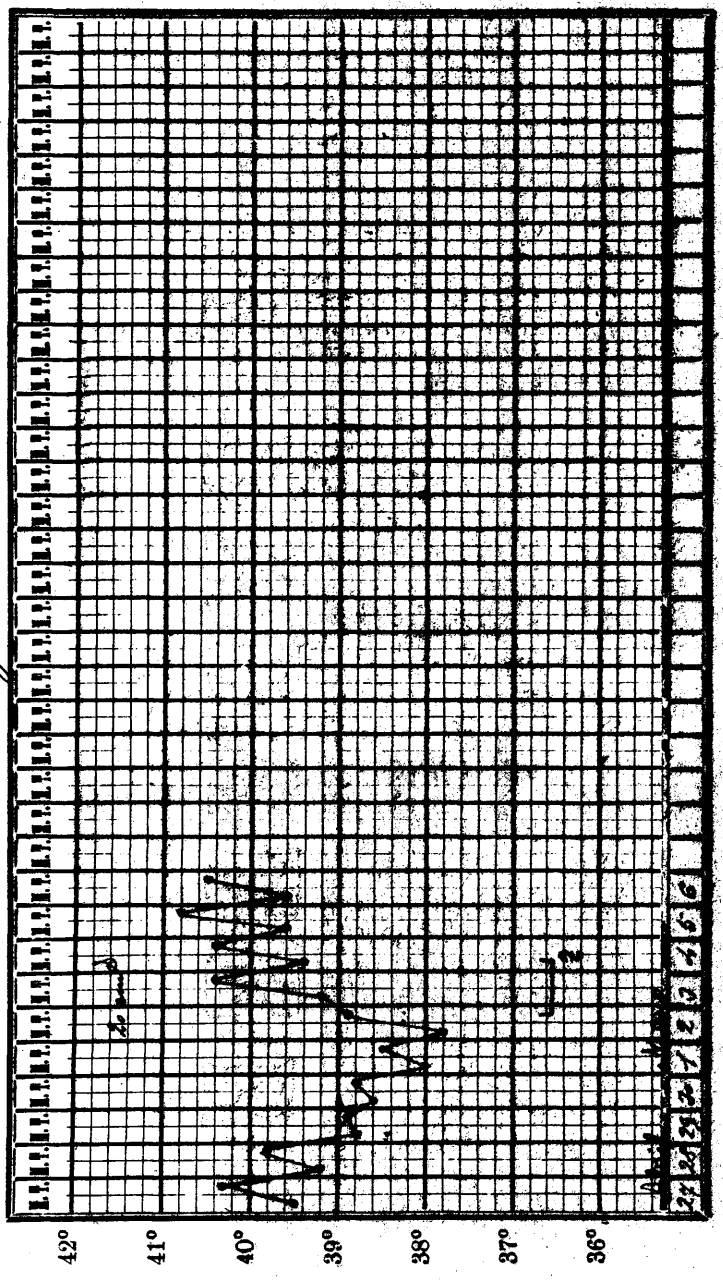
*Observacion n° 63.*

Dia 2 de Mayo. - H. D. - Dos años. - Viene de la casa de Medicina general. (tiene una bronquitis). - Espandido sobre la pared por tener de la faringe y un poco en la amigdala izquierda. Puntos secos. Fuerte adinamia retro-magular; palidez general. Inyeccion de la granosa de tierno Hary. Respiracion dificil; interbalacion. El dia 3 erupcion de varanpinion (condados). El 4 estertores en la base de ambos pulmones; extracion del tubo, nuevo trage. Traqueotomia. El 5 estertores subaraguitantes en la base del pulmon izquierdo. El 6 estertores muy finos.

Muere el dia 7 de Mayo.

Observación núm. 73 Dia 2 de c. Madrid de 1901. Tempe. D de edad 2 años

Diagnóstico *Scrup*  
Examen microscópico *Bacila largo*



Observación n.º 84

Quinta de la etapa - La Ch. - Viena de la sala de cirugía en don-  
de se le ha operado un germen - vaguero. Ha tenido el varicela.  
No hay angina; la angina; eléctico bilateral. Inyección de 30 gra-  
mos de agua antiofídico de Hong. Inyección el día 4, extracción del  
tubo el día 6. El día 18 el tubo expuesto, desaparece el día 19 en  
el.

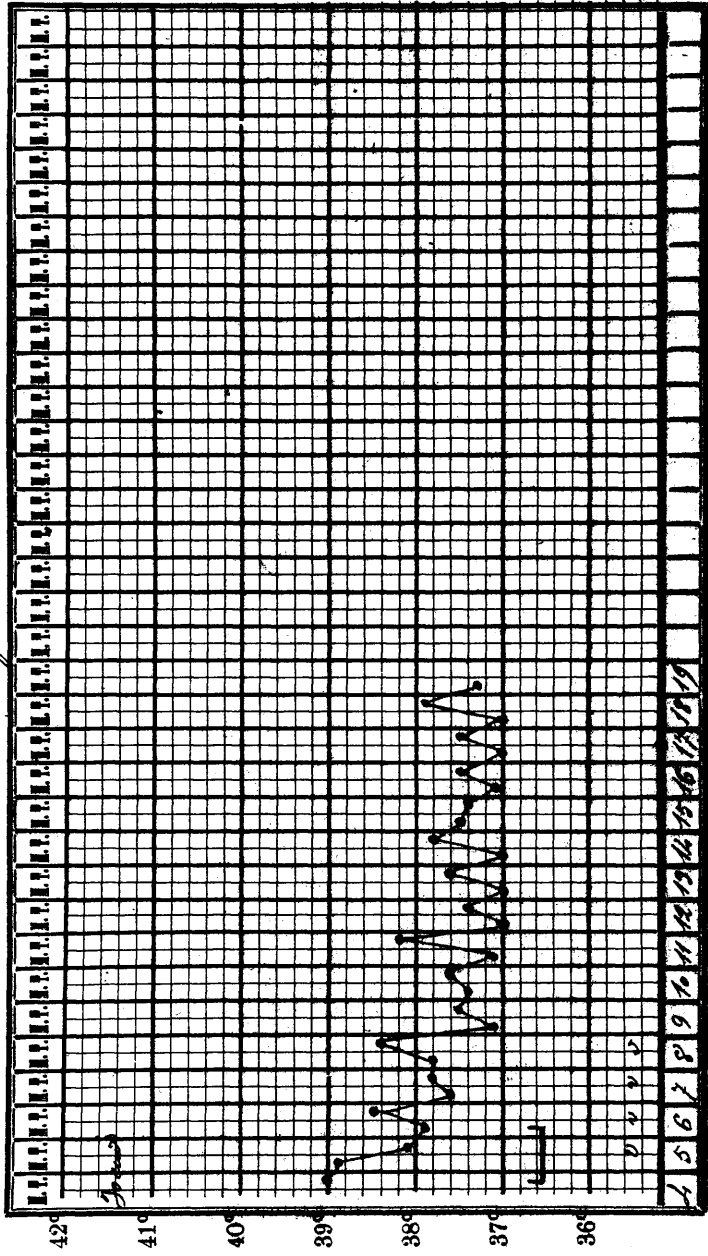
¡...!  
Ventanas de albumina en la orina del 5 al 8.

Salas el día 19 de Mayo.

Observación núm. 64. Día 4 de Mayo de 1901. Seris. Lh. de edad

Diagnóstico *Cerebra*

Examen microscópico *Bacilo largo*



Observación n.º 65

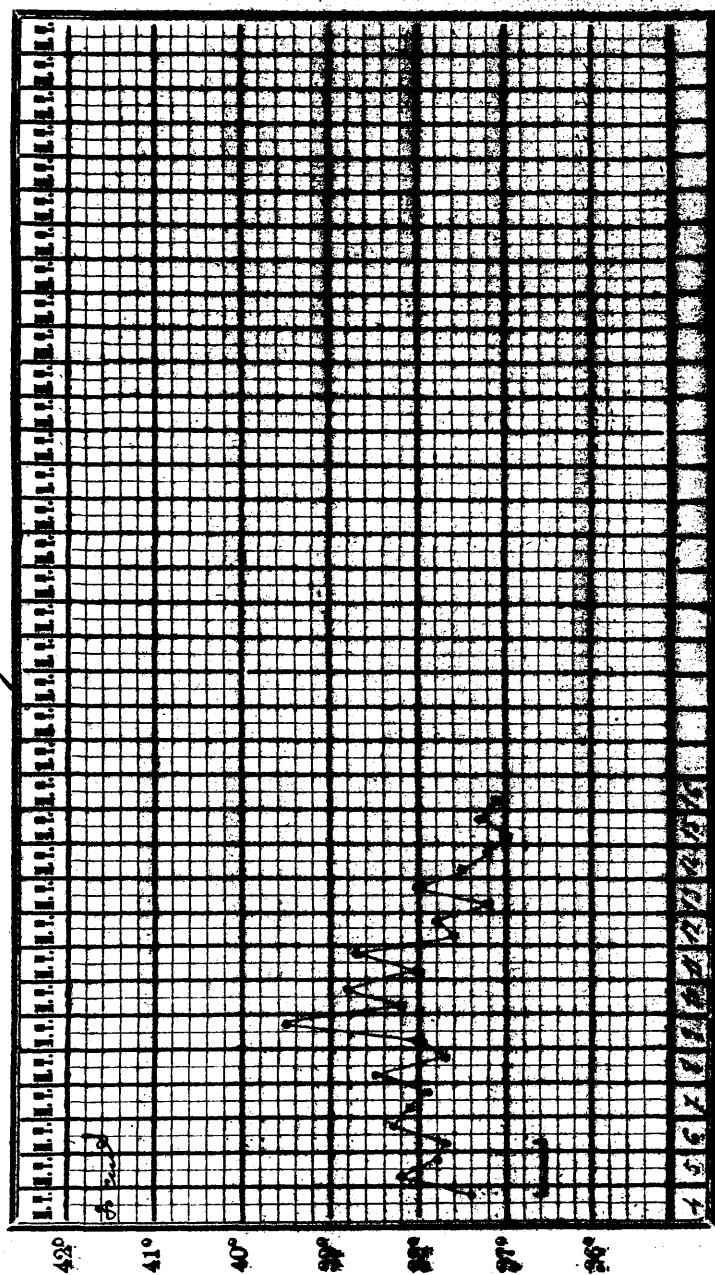
Día 4 de Mayo - M. B. 8 años. - Hace un mes que tiene la difteria y tiene dificultad en la misma enfermedad. Entra en la respiración pesada, profunda, torva. Difteria o placas diftericas en las conchas labiales, y muy pocas en la amígdala izquierda. Inyección de 2 mgrs de suero. Intubación. Extracción del tubo el día 6. El 9 otitis media. El 11 erupción polimorfa.

Nada mas hasta su salida el 16 de Mayo.

Observación núm. 6.ª Día 4.ª de Mayo de 1901 c/Mancuete 23 de edad 2 años

Diagnóstico Encef. - Difteria de las corneas. Tactiles

Examen microscópico Bacila largo.



## Observación n.º 66

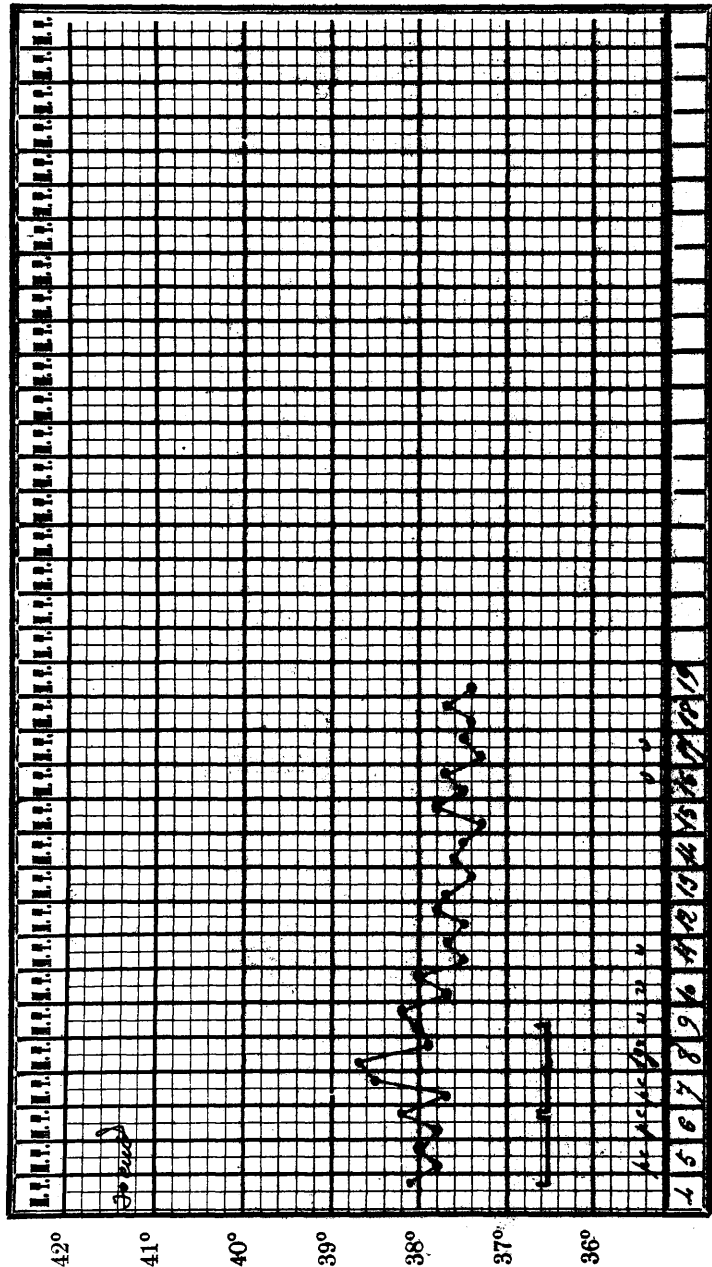
Día 8 de Mayo. - La - En esta mañana - El viento al no  
respiración, la circulación y la cohesión. Respiración y respiración y a  
vez, por la habitación cuando se abre. Falta en ambas cubren la  
los anegados, y se apagan. En alguna del. Respiración de pul  
Observación de la granada de arena. Muy turbulencia. Tactos en este  
de el día vi. Faltando necesidad de nueva circulación. El 9 de este  
con deficiente. El 15 las fauces están completamente cerradas.  
Respiración variada de altura. En la 8 y 11 de este 8 y 11, por  
mil, según los días 8, 10, 11, 12 y 13.

A la 1ª de día 19 de Mayo.

Observación núm. 66 Dia 4 de Mayo de 1901 Capatzi de edad 2 1/2 años

Diagnóstico Crup - angina de la

Examen microscópico Bacterias



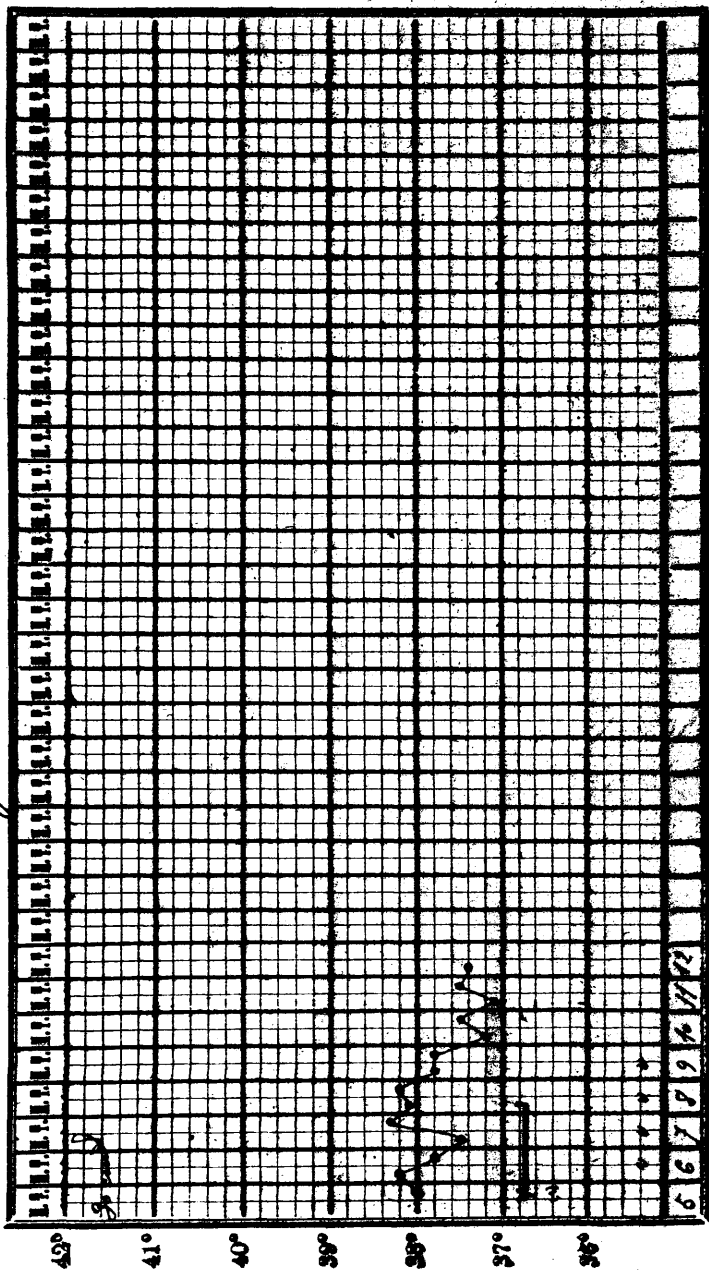




Observación núm. 67 Dia 5 de Mayo de 1901 Elemento N de edad 1 año

Diagnóstico Campo

Examen microscópico Negativo



(1) Se un acuro de 10 de Mayo al 12.

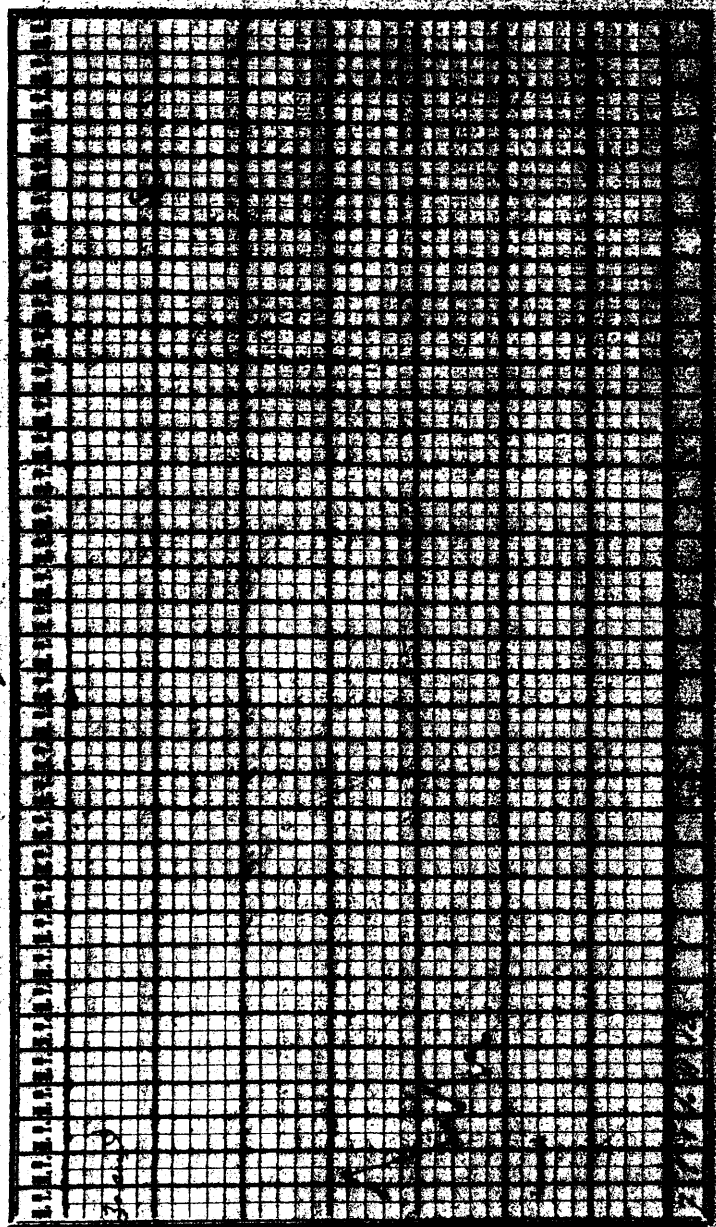
Pharyngitis - 68

20. Dia. & la effage - Matthie L. - Les aires - Les effages
21. Les aires - Les effages - Les aires - Les effages
22. Les aires - Les effages - Les aires - Les effages
23. Les aires - Les effages - Les aires - Les effages
24. Les aires - Les effages - Les aires - Les effages
25. Les aires - Les effages - Les aires - Les effages
26. Les aires - Les effages - Les aires - Les effages
27. Les aires - Les effages - Les aires - Les effages
28. Les aires - Les effages - Les aires - Les effages
29. Les aires - Les effages - Les aires - Les effages
30. Les aires - Les effages - Les aires - Les effages

Observación núm. 68 Dia 7 de Mayo de 1901 Matthei G. de edad 2 años

Diagnostico Erup.

Examen microscopico Bacila larga

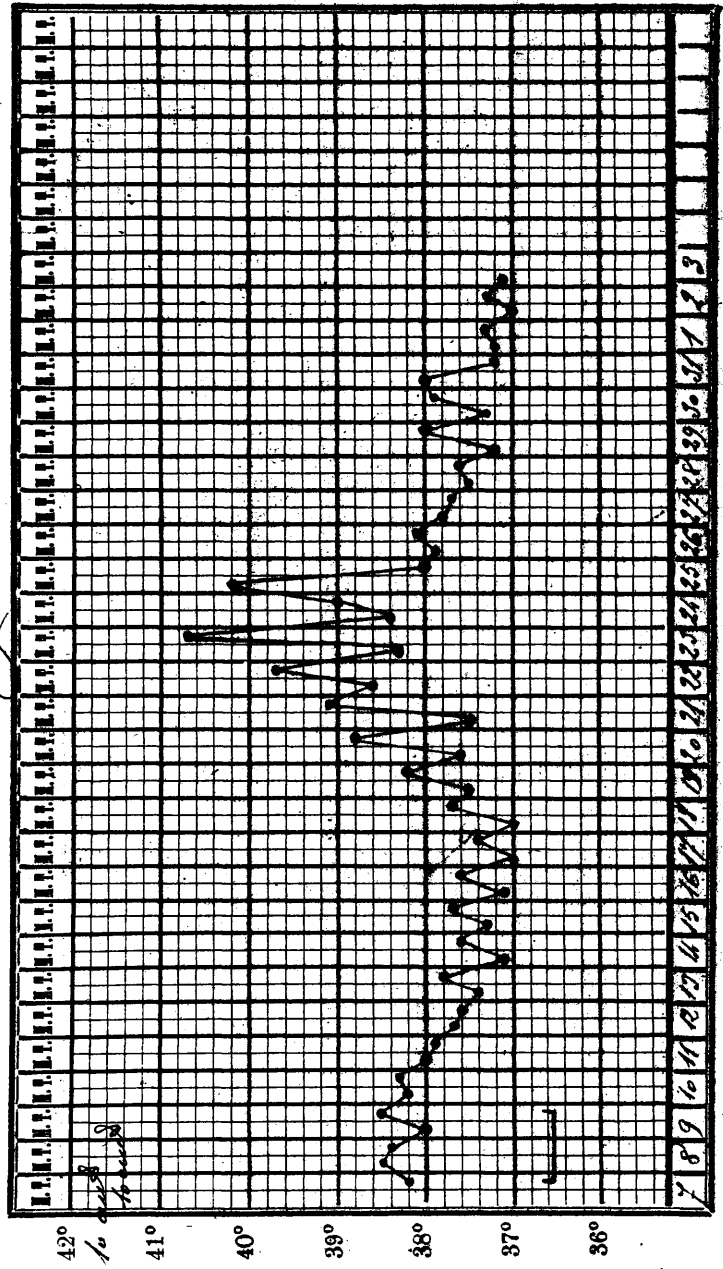


20. *Alto de la Cruz 388*  
 21. *Alto de la Cruz 388*  
 22. *Alto de la Cruz 388*  
 23. *Alto de la Cruz 388*  
 24. *Alto de la Cruz 388*  
 25. *Alto de la Cruz 388*  
 26. *Alto de la Cruz 388*  
 27. *Alto de la Cruz 388*  
 28. *Alto de la Cruz 388*  
 29. *Alto de la Cruz 388*  
 30. *Alto de la Cruz 388*  
 31. *Alto de la Cruz 388*  
 32. *Alto de la Cruz 388*  
 33. *Alto de la Cruz 388*  
 34. *Alto de la Cruz 388*  
 35. *Alto de la Cruz 388*  
 36. *Alto de la Cruz 388*  
 37. *Alto de la Cruz 388*  
 38. *Alto de la Cruz 388*  
 39. *Alto de la Cruz 388*  
 40. *Alto de la Cruz 388*  
 41. *Alto de la Cruz 388*  
 42. *Alto de la Cruz 388*  
 43. *Alto de la Cruz 388*  
 44. *Alto de la Cruz 388*  
 45. *Alto de la Cruz 388*  
 46. *Alto de la Cruz 388*  
 47. *Alto de la Cruz 388*  
 48. *Alto de la Cruz 388*  
 49. *Alto de la Cruz 388*  
 50. *Alto de la Cruz 388*  
 51. *Alto de la Cruz 388*  
 52. *Alto de la Cruz 388*  
 53. *Alto de la Cruz 388*  
 54. *Alto de la Cruz 388*  
 55. *Alto de la Cruz 388*  
 56. *Alto de la Cruz 388*  
 57. *Alto de la Cruz 388*  
 58. *Alto de la Cruz 388*  
 59. *Alto de la Cruz 388*  
 60. *Alto de la Cruz 388*  
 61. *Alto de la Cruz 388*  
 62. *Alto de la Cruz 388*  
 63. *Alto de la Cruz 388*  
 64. *Alto de la Cruz 388*  
 65. *Alto de la Cruz 388*  
 66. *Alto de la Cruz 388*  
 67. *Alto de la Cruz 388*  
 68. *Alto de la Cruz 388*  
 69. *Alto de la Cruz 388*  
 70. *Alto de la Cruz 388*  
 71. *Alto de la Cruz 388*  
 72. *Alto de la Cruz 388*  
 73. *Alto de la Cruz 388*  
 74. *Alto de la Cruz 388*  
 75. *Alto de la Cruz 388*  
 76. *Alto de la Cruz 388*  
 77. *Alto de la Cruz 388*  
 78. *Alto de la Cruz 388*  
 79. *Alto de la Cruz 388*  
 80. *Alto de la Cruz 388*  
 81. *Alto de la Cruz 388*  
 82. *Alto de la Cruz 388*  
 83. *Alto de la Cruz 388*  
 84. *Alto de la Cruz 388*  
 85. *Alto de la Cruz 388*  
 86. *Alto de la Cruz 388*  
 87. *Alto de la Cruz 388*  
 88. *Alto de la Cruz 388*  
 89. *Alto de la Cruz 388*  
 90. *Alto de la Cruz 388*  
 91. *Alto de la Cruz 388*  
 92. *Alto de la Cruz 388*  
 93. *Alto de la Cruz 388*  
 94. *Alto de la Cruz 388*  
 95. *Alto de la Cruz 388*  
 96. *Alto de la Cruz 388*  
 97. *Alto de la Cruz 388*  
 98. *Alto de la Cruz 388*  
 99. *Alto de la Cruz 388*  
 100. *Alto de la Cruz 388*

Observación núm. 6.2 Dia 7 de Mayo de 1901 Gilbert B. de edad 5 años

Diagnóstico Angina pseudo-membranosa bilateral -

Examen microscópico Bacilo largo



Observación n.º 70

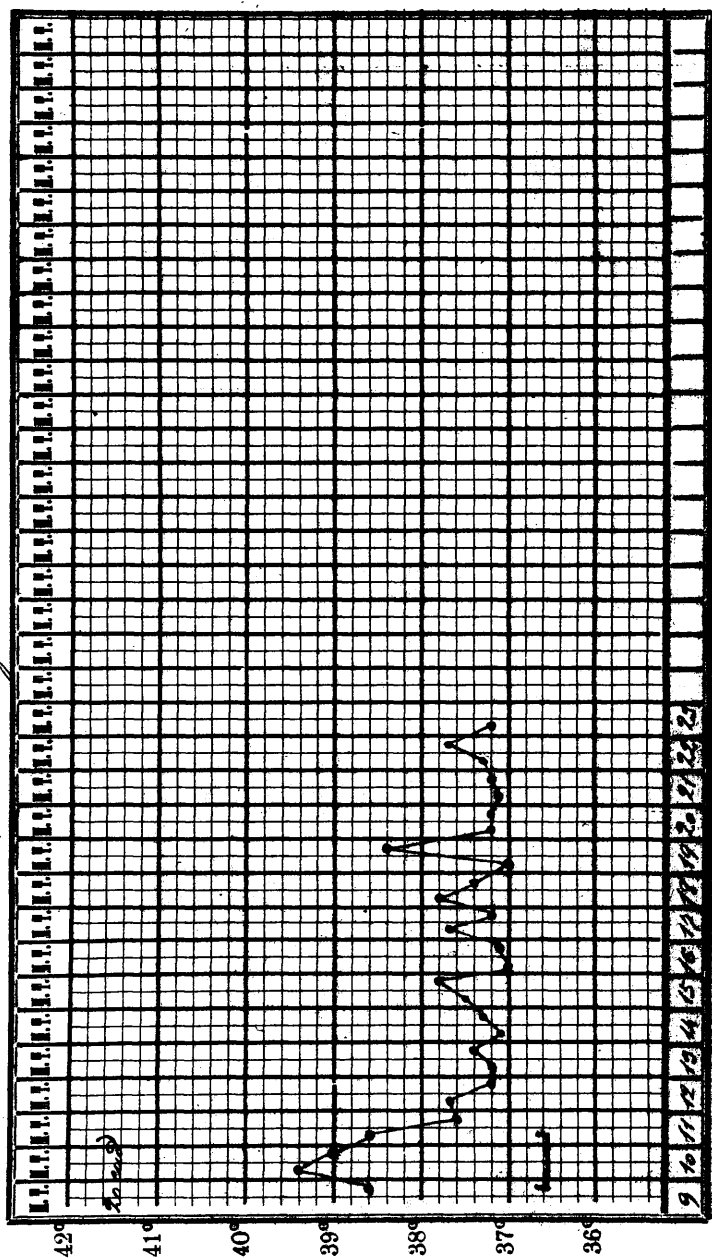
Día 9 de Mayo. - Lucien D. - Cuatro años - Ha tenido el día:  
rampión. Indispuesto a afecciones laringeas y pulmonares. Superio  
hace seis días, con ~~espasmos~~ vómitos. Ligero espasmo p<sup>er</sup>andemen-  
braxos sobre la amígdala izquierda. Angina mixta de tipo lacunar  
y pseudomembranosos. Cor, voz estinguída en parte. Sup. Inyección  
de 20 granos de iodo antidiptérico. Intubación, Detubación el día  
11. Ligero infarto de la ganglio por l<sup>os</sup> l<sup>os</sup> del ángulo de la mandíb.  
de izquierda.

Alta el día 23 de Mayo.

Observación núm. 7.º Día 9 de Mayo de 1901 Lucien B. de Sadeleiros

Diagnóstico Crayo

Examen microscópico Bacila largo





Observación n.º 41

Día 2 de Mayo. - Ch. G. - Tres años y medio. - Ha tenido el sa-  
ludismo hace dos meses. Pedis puesto a toer. Superius del cuello tra-  
ce dos ras. Exudado en pléasas diseminadas sobre las dos amigdalas por  
dominando en la izquierda. Inyección de los granos de queso. Puntos  
Inyección por la mañana del día 10, y por la tarde expulsión  
del tubo, por obstrucción.

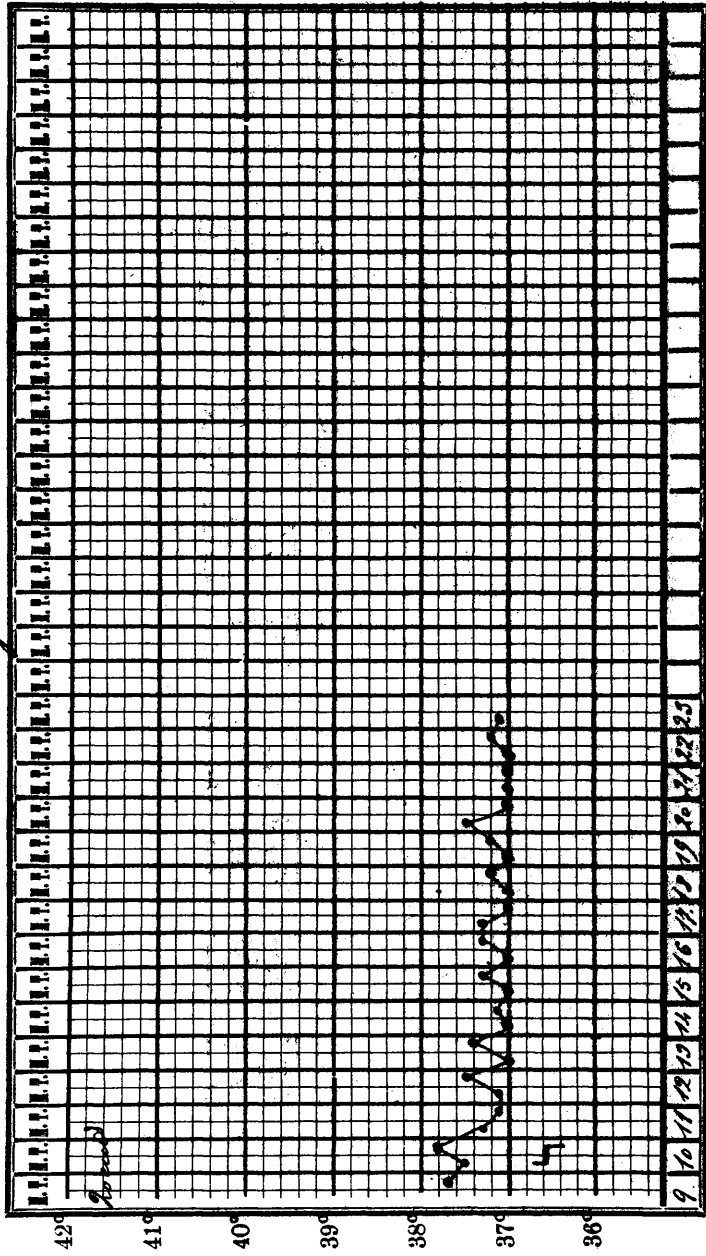
El 19 garganta completamente limpia.

Nada hasta la salida el 28 de Mayo.

Observación ním. 71 Dia 9 de Mayo de 1901 Charles C de edad 2 1/2 años

Diagnóstico Erup.

Examen microscópico Bacula largos



*Observación n.º 73*

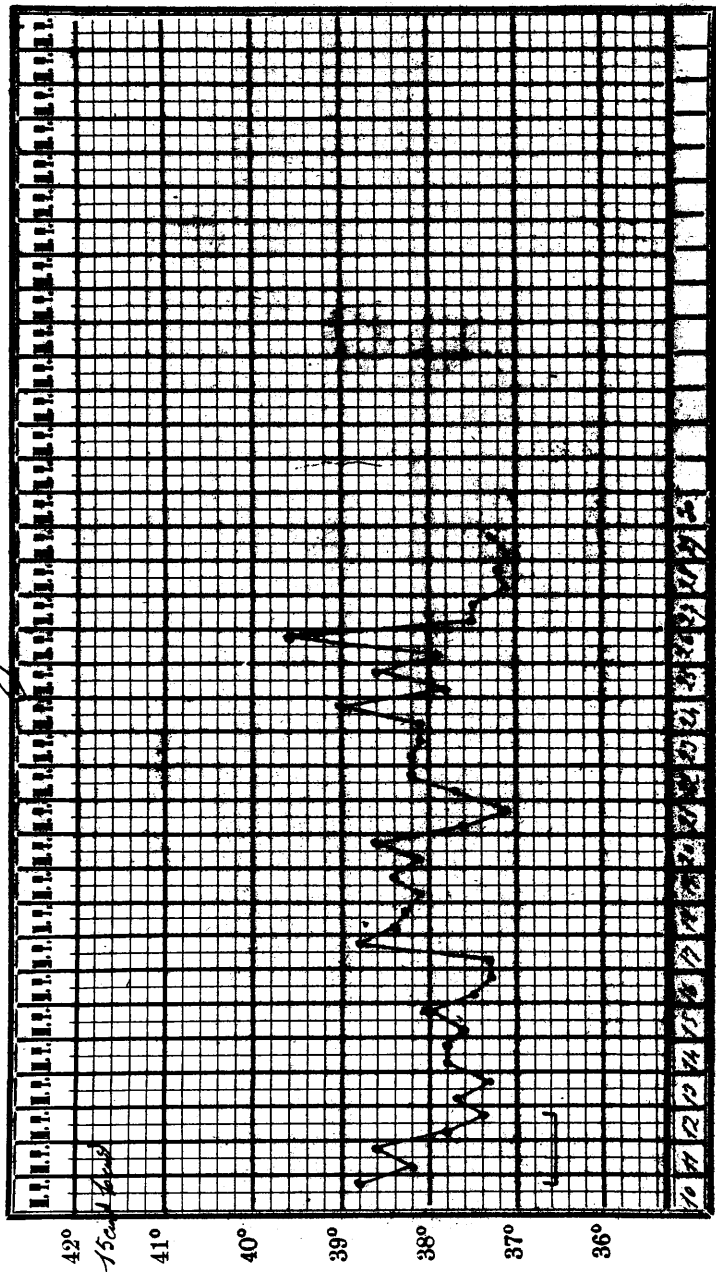
Día 10 de Mayo. - A. i. M. - Dos años y medio. - Podopneumonia  
torax y a respiración. Infirmitas hace cinco días y se le han injectado 15  
grainos de iodo. Respiración prenda manbrana. Escumar en  
ambas, amigdalas. Inyección de 10 grainos de suero antidiftérica. In-  
tubación. Detubación el día 12 por la tarde. El 14 las amigdalas se-  
tan muy hinchadas pero sin exudado. El 15, macidez a la base y quie-  
da, disminución de la respiración, estertores subconjuntantes a la derecha.  
Un poco de eritema al nivel de las grandes articulaciones. El 18, erup-  
ción paravial, urticaria, que dura hasta el 26. Cuando el niño tace se per-  
ciben estertores menores en la base del pulmón derecho.

Sale el día 30 de Mayo.

Observación núm. 72 Día 1a de Mayo de 1901 a H. 10:00 a. m. de edad 2 1/2 años

Diagnóstico Chagasia doble

Examen microscópico Bacilo largo, enredado



Observación n.º 78

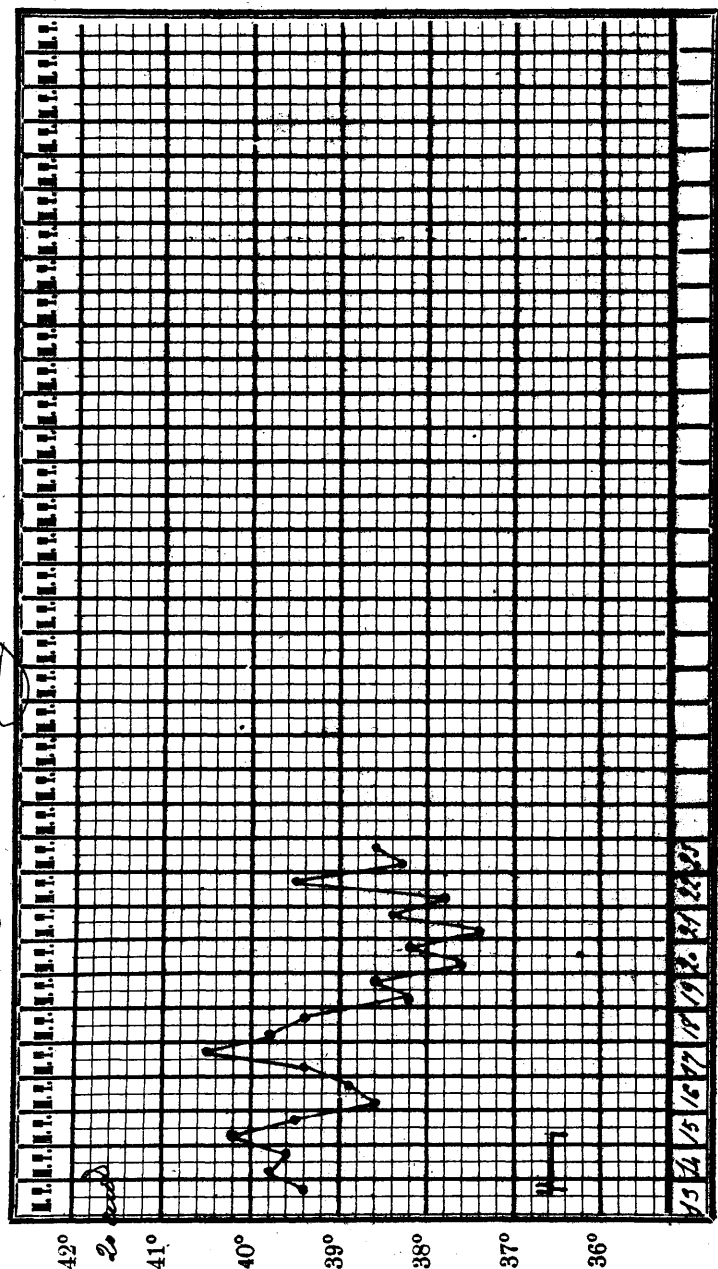
Día 13 de Mayo. - S. L. Dig y siete meses. Pechi puesta a respirar y a la diuresis. Infante hace dos días, ha recibido una inyección de 20 gramos de cloro anti-diférico. Entra con la respiración muy deficiente. Intubación inmediata con un tubo largo de un año, expulsa el tubo. Intubación con otro tubo largo correspondiente a un año de dos años. Ligera adenopatía; acidez en la por bases pulmonares, entótes, subcutánea en la gástrica. El 15 por la mañana nueva expulsión del tubo. El 18, expulsión de ampullas; los pocos minutos de bronco-pneumonia se acentúan.

Muere el día 24 de Mayo.

Observación núm. 72 Dia 12 de Mayo de 1901 Lengua de de adelfunas

Diagnóstico

Examen microscópico



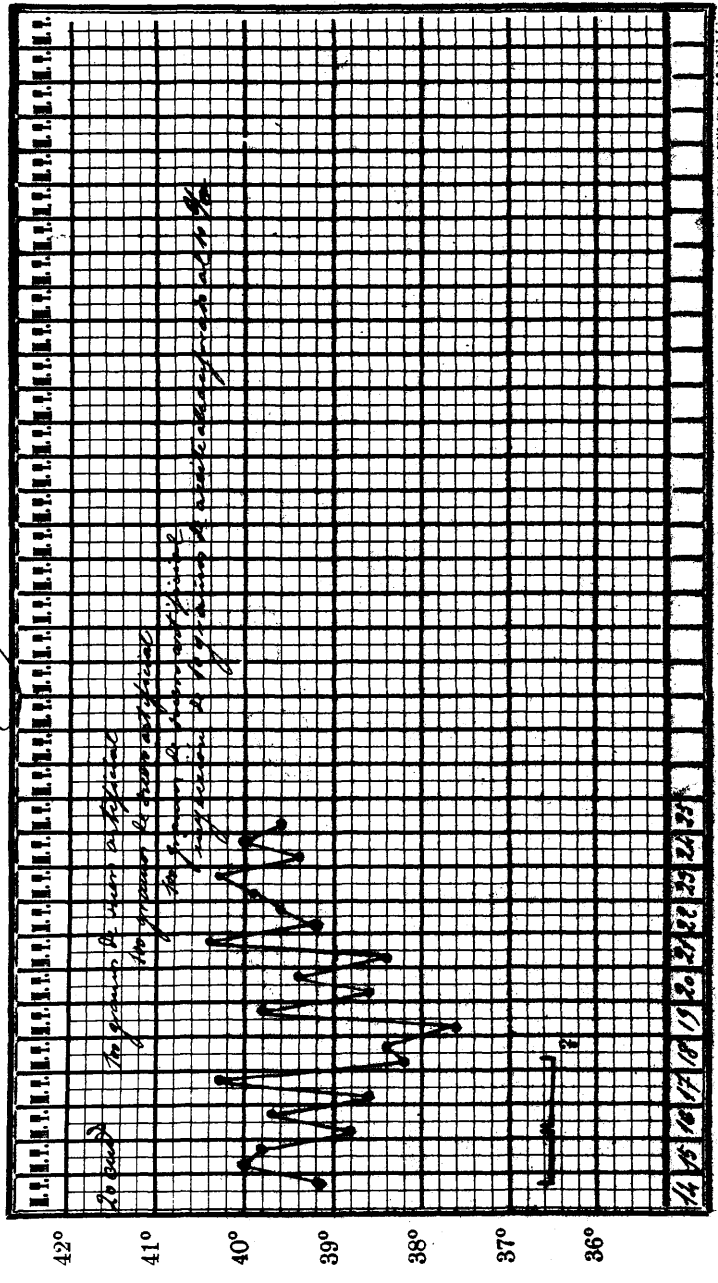
## Operación n.º 74

Día 14 de Mayo. - F.F. - Quince meses. - Frente de la cara del cráneo. No hay angina. erupción primitiva. Oído orínica. En la base del pulmón derecho hay desaparición del movimiento respiratorio, algunos estertores coquetantes. Inyección de los granos de oro. Pimp. Particularmente. Esta acción del tubo el 14 y muestra intubación enseguida. Detubación el día 16. Vale el tubo negro. respone bien, después de la detubación. Seguir de bronco-pneumonia en los dos tercios inferiores del pulmón izquierdo. Inyección de los granos de oro artificial. Por la tarde se presenta de nuevo el tórax y se hace la traqueotomía. El 21 oído bastante intuyo en la base izquierda, algunos estertores vibrantes en el resto del pulmón. Otra inyección de los granos de oro artificial. Detubación de la cámara traqueal. El 23, secato oxígeno, mandes e-norme en los dos tercios, guías tubulares. Desaparición del oído. Nueva inyección de los granos de oro artificial. El 24, oído escarado, pulso muy débil. Inyección de aceite acompañado al 1%. La temperatura renueve abundante.

Observación núm. 74. Día 14 de Mayo de 1901. Frangul. F. de edad 15 años

Diagnóstico Crup. primitivo (Gendric)

Examen microscópico Bacilo largo





## Observación n.º 73

Día 16 de Mayo. - Ch. B. - Sesión. Desdormido a las 10 y a las 11. Temperatura hacia tres días. Respiración pesada, tos rama, expectoración. Cough primitivo. Inyección de los grana de ojos anti-reflexos. Intubación. Las amigdalas están ligeramente hinchadas pero son muy blandas. Adenoides muy poco pronunciada. Detención de la 16 por la mañana, nueva intubación por la tarde. Sesión del 17 al 18 por la mañana.

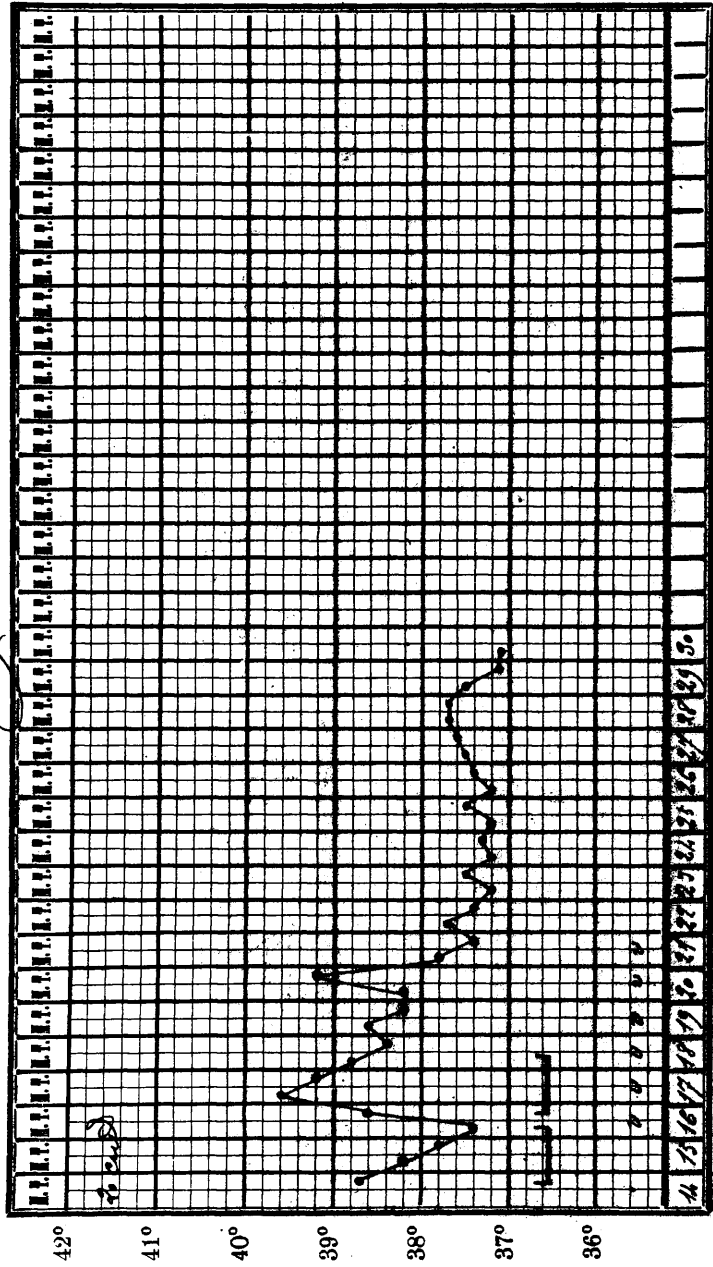
Ventigos de albinismo en la rina del 16 al 17.

Alta el día 20 de Mayo.

Observación núm. 75 Día 14 de Mayo de 1901 Charlotte B de edad 6 años

Diagnóstico *Grupos primitivos Claudica*

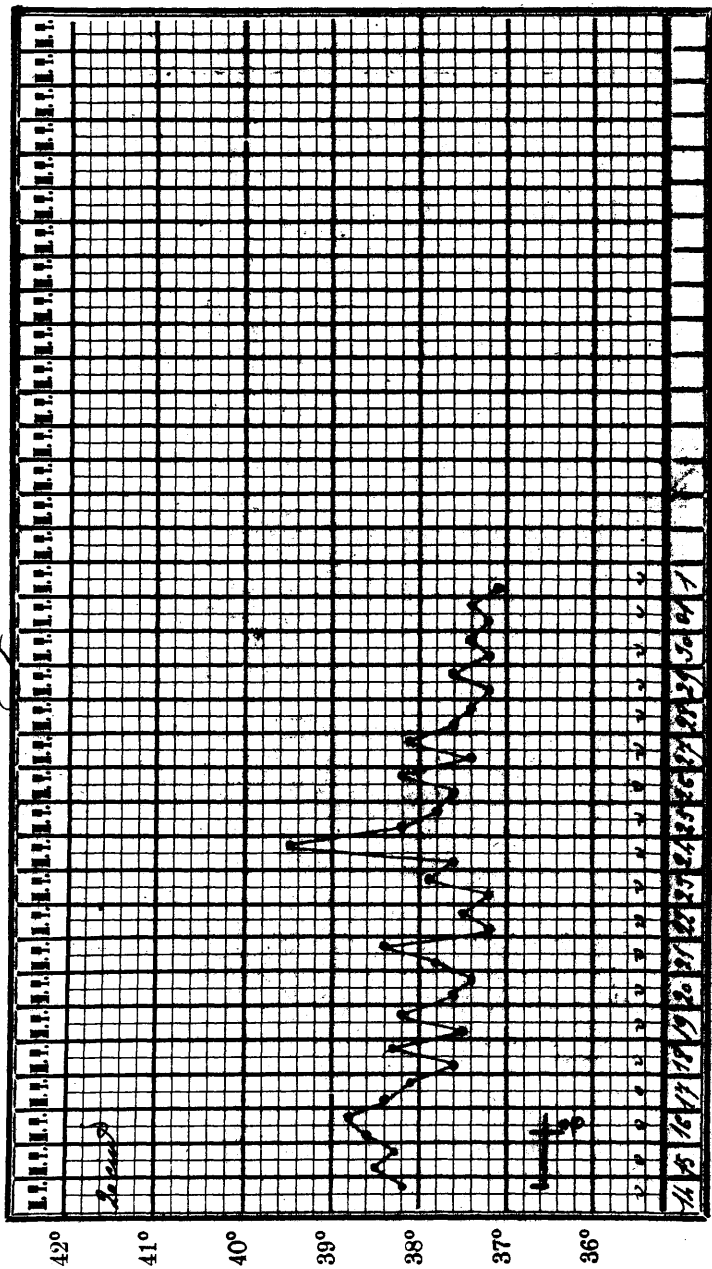
Examen microscópico *Bacilos largos*



## Operación n.º 76

Día 16 de Mayo. - M.T. - Cuarto airo y medio. - Indispuesta a las operaciones, del aparato respiratorio. Ha tenido el varanguión hace lo airo. Expansa de la garganta hace dos airo. Entre con apnea. En muy escasa, cuando puede. cuando airo en plenas disminuidas. Ingreñida de lo granos de airo. Pausa. - Distorsión. El día 16 se ensaya la extracción del tubo por medio del extractor, pero el tubo cae dentro de la tráquea; entonces se intenta la extracción del mismo, pero esto no puede lograrse; las cuerdas vocales; entonces se hace la traqueostomía, accionándose la enferma con el eforno; una hemorragia bastante considerable invade el aparato respiratorio y suspende la operación; por fin el tubo es extraído, se coloca la cámara de la tráquea y la hemorragia cesa. El 17 se intenta extraer la cámara pero se niega a colocarla otra vez. - El 18 se extrae la cámara y la niña respira bien. El 19 se extrae la tráquea al principio un poco. El 20, se cubre de manchar, carnosos; se hacen toques con nitrato de plata. El 21, nops en el vértice de los dedos; se aplica al día siguiente. La niña va a ir a repudiar. - El 22 de Junio, la voz es clara y bien normal. Alta el día 2 de Junio, completamente curada.

Observación núm. 76. Día 14 de Mayo de 1901 Marie L. de edad 1/2 años  
 Diagnóstico Chagasia, pasado a membrana en placas diseminadas - Engr  
 Examen microscópico Bacilo largo



Observación n.º 77

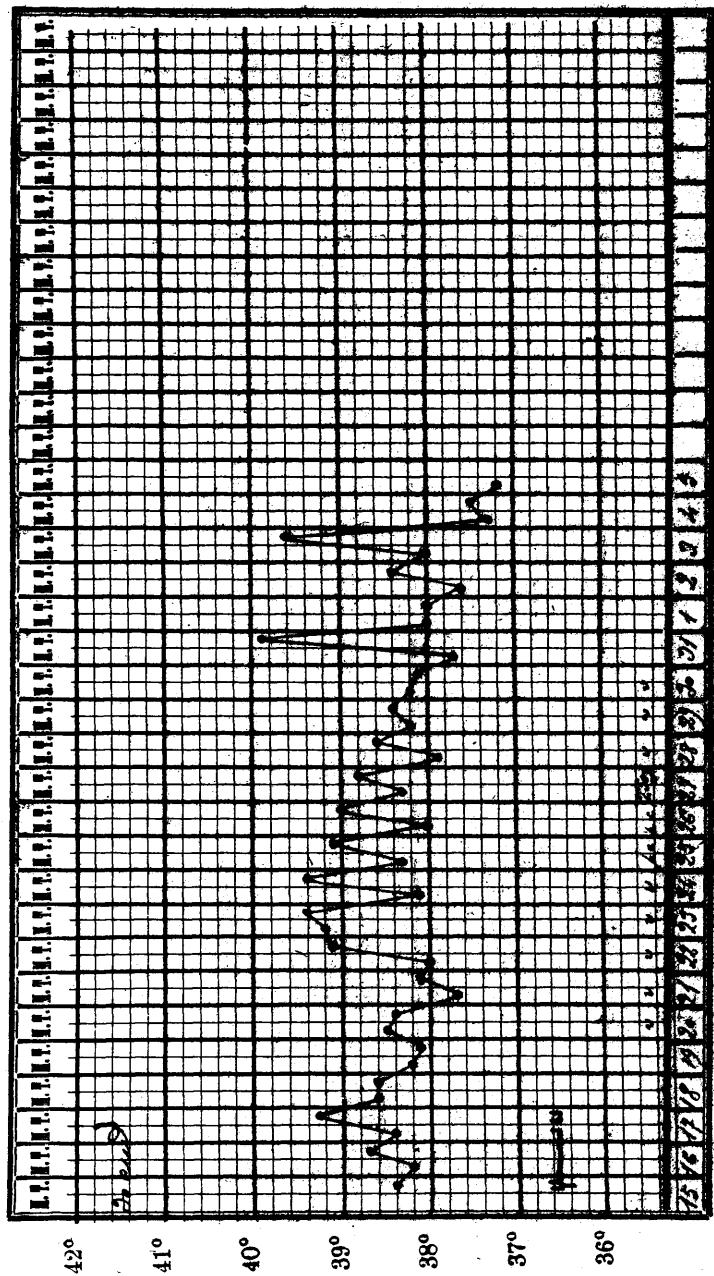
Día 15 de Mayo. - L. B. - Dos años. - Ha tenido el varicela y la coqueluche hace un año. Enferma hace cinco días, voz apagada. To, 2-3. - Inyección de 2 gramos de ácido Himp. Intubación, expulsión del tubo, nueva intubación. - Todas membranas cubren las dos amígdalas y parte superior de la v. umb. Intubación del tubo el 17 por la mañana, por la tarde nueva intubación; la niña respira mal, se le extrae de nuevo el tubo, expulsa gran cantidad de falsas membranas y respira bien y tranquila sin necesidad de nueva intubación. - El 23 bronquitis aguda. - El 29 erupción. - El 4º de Junio nueva erupción, algunos estertores, sibilantes, ligeramente en el pulmón derecho. - Ha preso de pus en la garganta.

Reunión de los pulmones pulmonares. - Vértigos & alucinaciones en la noche del 2º al 3º. El 27, 250/100.  
Sale el día 6 de Junio.

Observación núm. 77 Dia 15 de Mayo de 1901 Larve de de *Sed. larv.*

Diagnóstico *C. n. n.*

Examen microscópico *Bac. m. m.*



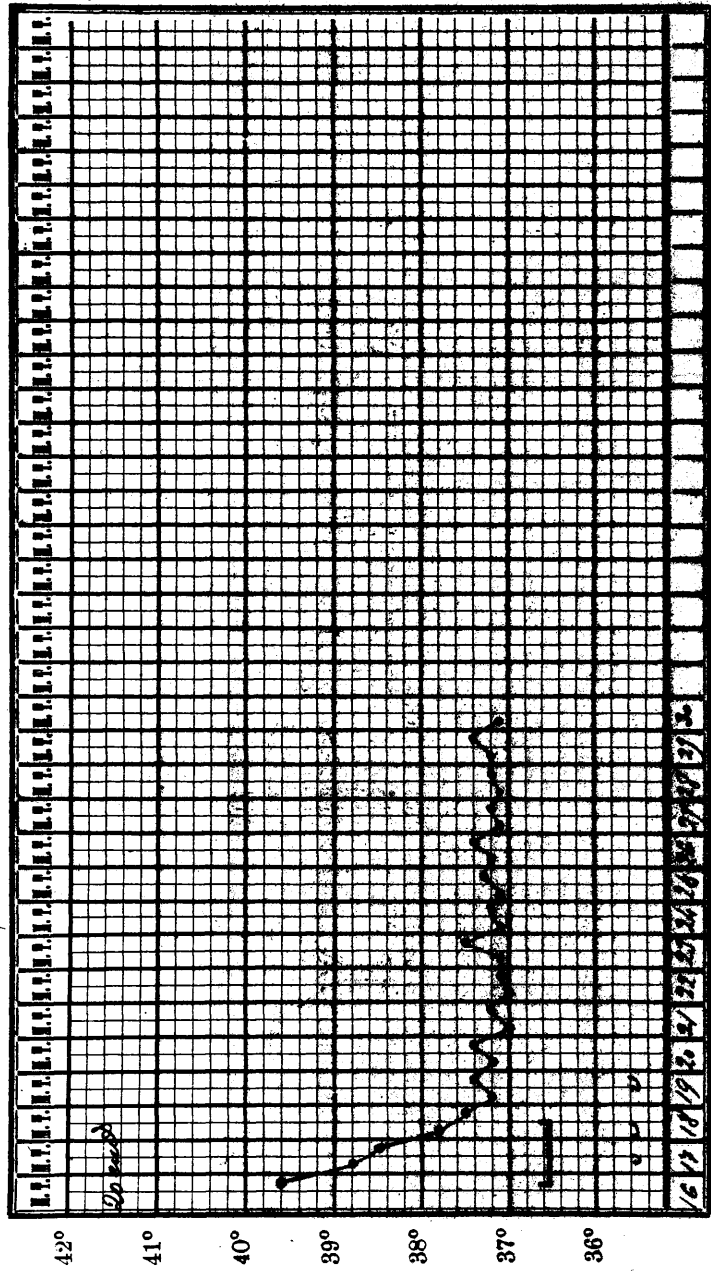
Charcaran, 21-0-18

Día 16 de Mayo - M. S. - Cinco años. - Ha tenido el varanquín hace un mes. Todavía puesta a efusiones respiratorias. Enferma hace cuatro días. Lucha con sínea ligera, más en las noches, afonía, tos raras, ligera adinamia. Digestión de 10 gramos de queso antidifloro co de Thompson. La sínea se levanta, verdaderamente. Intubación. De-  
tubación el día 18.

Vestigios de albumina en la orina del 17 al 19.

Alta el día 30 de Mayo.

Observación núm. 78 Dia 16 de Mayo de 1901 Marcelle L. de Rod. Lanes  
 Diagnóstico Grupo primitivo (Dentellae)  
 Examen microscópico Bacilo maculoso





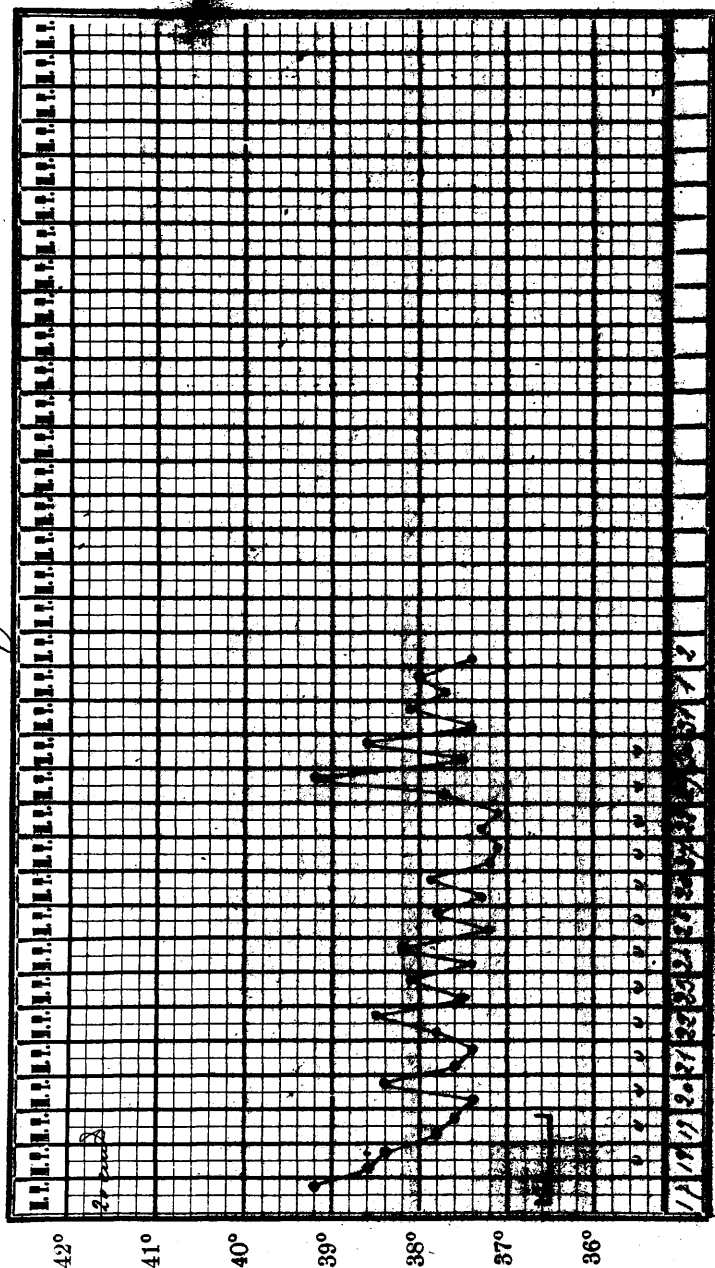
## Observación 2. 19

Día 17 de Mayo. - S. C. - Cinco años y medio. Pedisquero a la  
diestra. - Externus hace ocho días. Angiomas cubiertos de un epitelio con  
fibras y puntiiforme que se extiende por la pared posterior de la faringe  
ge. - Oruga. Reparamiento delante. Intubación a las 11 de la mañana.  
ma. - Inyección de 2 gramos de aceite de eucalipto. - El 18 desaparece el epitelio  
de la pared posterior de la faringe quedando solo algunos puntos blancos  
en la amígdala y quiebra. - Detubación el 19 por la tarde. El 20 se re-  
cibe del orco sin supurar.

Vestigos de aluminas en la orca del 18 al 20.

El día 2 de Junio.

Observación núm. 72 Día 17 de Mayo de 1901 Lucien C. de edad 5½ años  
 Diagnóstico Crupa - Angina doble  
 Examen microscópico Bacilos largos



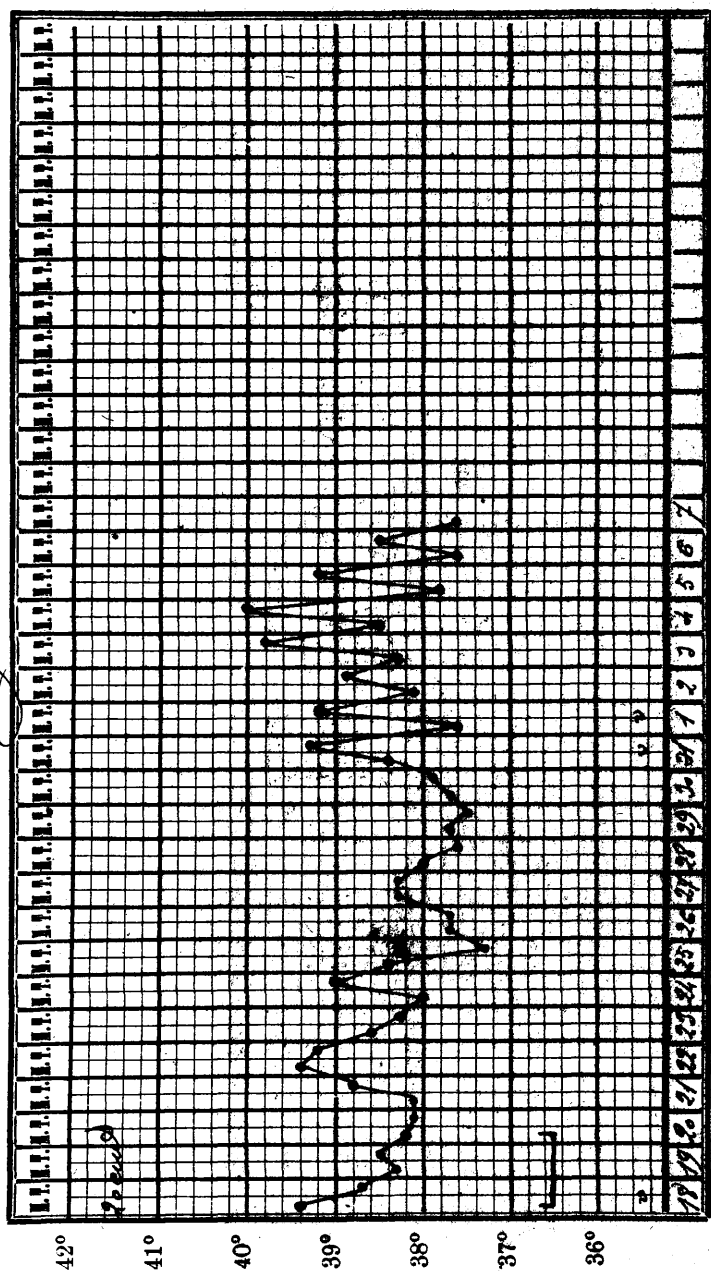
Observación n.º 80

Día 17 de Mayo. Ed. M. - Los años y medio. - Viene de la sala del Sarampión. Lengüitas, tiraje, vómito laringeo. Lengua apática, flaja; púndese  
de y sangrifica por ámbos, vómito, nasal. Angina con pequeñas placas  
hemorroidales, por las 12 am y 2 pm, y el resto del paladar; no hay flemas  
bravas propiamente dichas. Sangre en de 20 granos de Secos. Sang. An-  
da bien. Extracción del tubo del día 2. - El 19 bronquitis, estertores, fleg-  
ma. El 21, bronquitis difusa. Se gargarita bien limpia. El 27, estertores, vómito.  
El 28, un poco de pus en la garganta, agudización de la laringitis. - El 29  
de Junio han desaparecido los estertores, y no se encuentra nada en la glan-  
da, respiración casi normal.

Vestigio de albumina en la orina los días 18, 21 y 22 de Junio.

Al día 2 de Junio se petición de la familia

Observación núm. *S. e. Dist. 18* de Mayo de 1901 *Charles M. de edad 24 años*  
 Diagnóstico *Laringitis - laringo-puntiforme - Criza*  
 Examen microscópico *Basilo - Carga*



## Observaciones al 2.º día

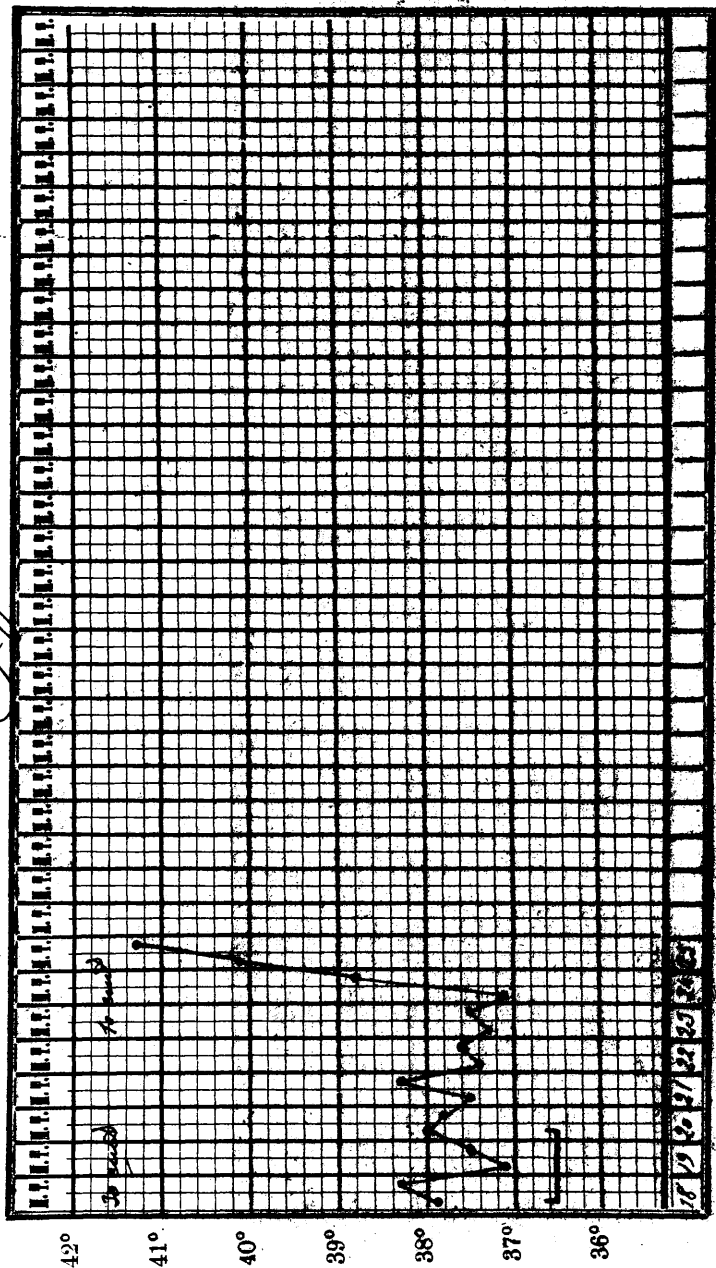
Día 18 de Mayo. J. P. - Los años y medio. - Ha tenido el verano  
sin hacer sino días. Hechispuesta a los apcunas respiratorias. En forma  
de a cinco días. Laringitis y angina; las fajas manobraron de re-ten-  
er por las <sup>lingu</sup> <sup>del</sup> <sup>paladar</sup> y pared posterior de la  
faringe. Inyección de 3 gramos de suero. Intubación. Pulso muy débil y  
débil. Extracción del tubo el día 20. El 23, nueva inyección de 10 gramos  
de suero. Puso las fajas en se limpiarán. El tubo. El 24, repetida  
inmóvil; fétido considerable del aliento. Bronquitis generalizada. Bron-  
co-pneumonia izquierda. Convulsiones. Temperatura 38.8. El 25 llega a 40.0.

Muere el día 26 de Mayo

Observación núm. 81 Dia 18 de Mayo de 1904 Leanne. de edad 2 1/2

Diagnóstico *Aspergillus* de la *Garganta*

Examen microscópico *Bacilo largo y mediano*

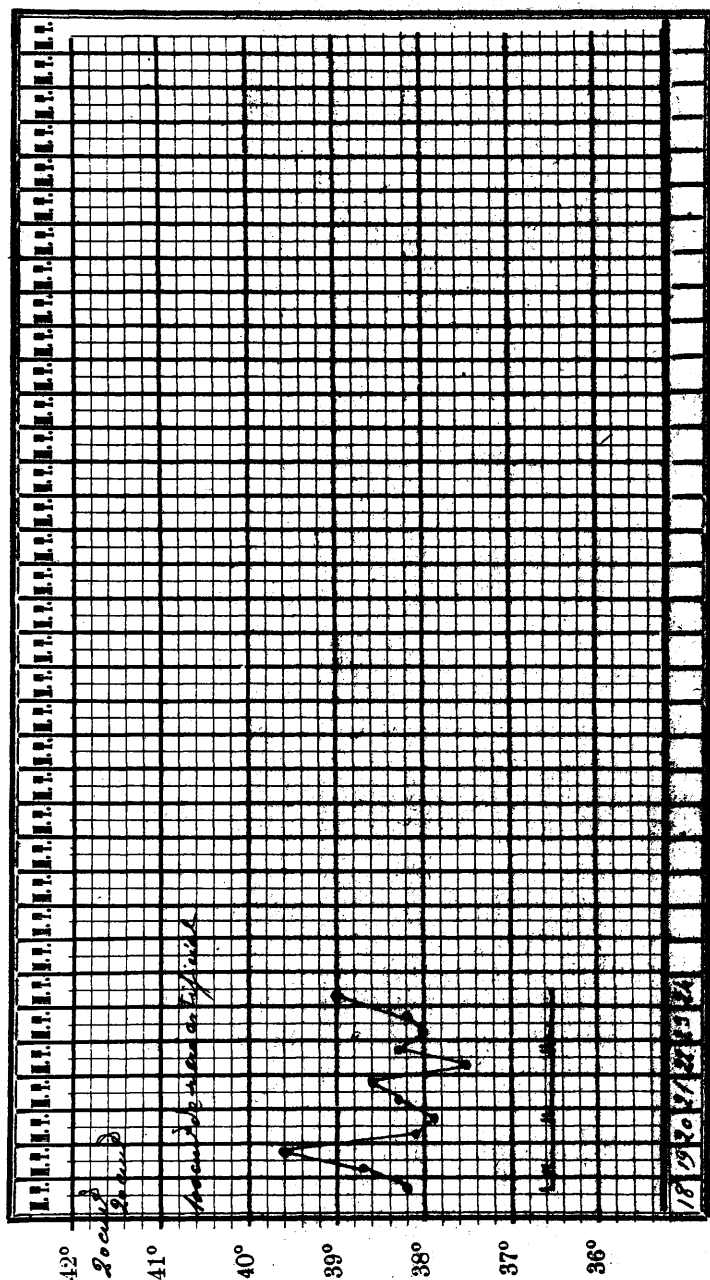




Observación núm. 82 Dto 18 de Mayo de 1901 Lucien L de edad 2½ años

Diagnóstico *Scarlatina*

Examen microscópico *Bacilo meliarius - cocoid*



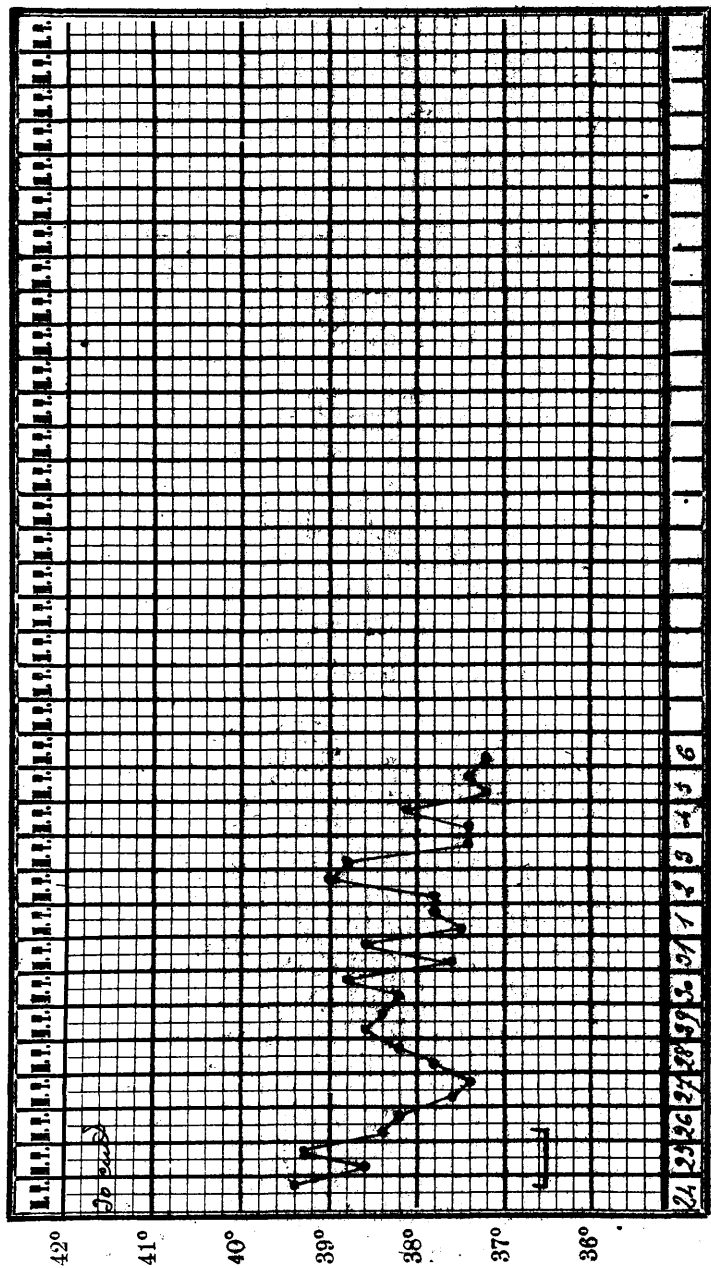


## Observaciones 22-83.

Día 24 de Mayo. R. T. - Van aus. Después a las afecciones respiratorias y a la diarrea. Enfermo hace en días, falta membranas recubren las amígdalas predominando en la izquierda, respiración profunda; voz débil, tos seca. Inyección de 80 granos de nuro de Rong. Intubación. Extracción del tubo, el día 26, sin accidente. El día 3 de Junio pequeña erupción que desaparece el día 5. Respiración normal.

Salí el día 6 de Junio.

Observación núm. 83 Dia 24 de Mayo de 1901 Robert T. de edad 2 años  
 Diagnóstico *Chingina. pseudo-membranosa. - Group*  
 Examen microscópico



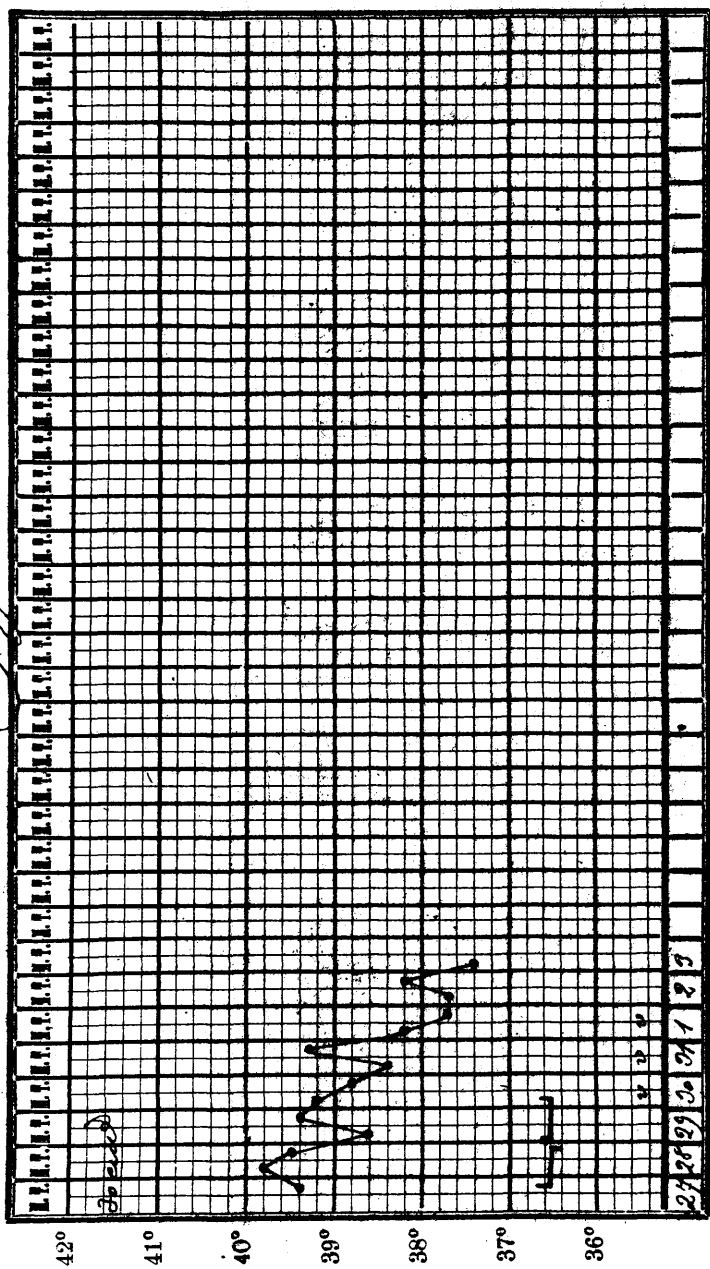
### Observación n.º 84

Día 24 de Mayo. - L. B. - Dos años y medio. Buena carne. - Espineros  
debe ayer. Tendidos sobre membranas sobre las dos augeadas con pred.  
minancia en las yguales; voz bastante conservada. tos, ligera adeno-  
pnea retro-nasal y gurgido. Inyección de 30 gramos de ocreo Bouquet.  
Tuberción. - El 28 por 40 tarde se pulsa el tubo en un acceso de tos. Nueva in-  
yección el 29 en la madrugada. Extracción del tubo el 30 por la mañana.  
El 28 estertores, el 29 y 30 diseminados en la fosa sub-espinosa. El 30 de  
Tumores, garganta limpia, voz clara. Letina consentido a la carne a  
su entrada.

Vestigios de albumina en la orina los días 30, 31 y 1.º de Junio

Alta al día 1.º de Junio

Observación min. del Día 24 de Mayo de 1901 *Sargassum* de *Soddy* 1/2  
 Diagnóstico *Sargassum* y *Flagellum* pseudo-membranosa y quinda  
 Examen microscópico *Bacteria* *Sargassum* mediana



## Observación n.º 83

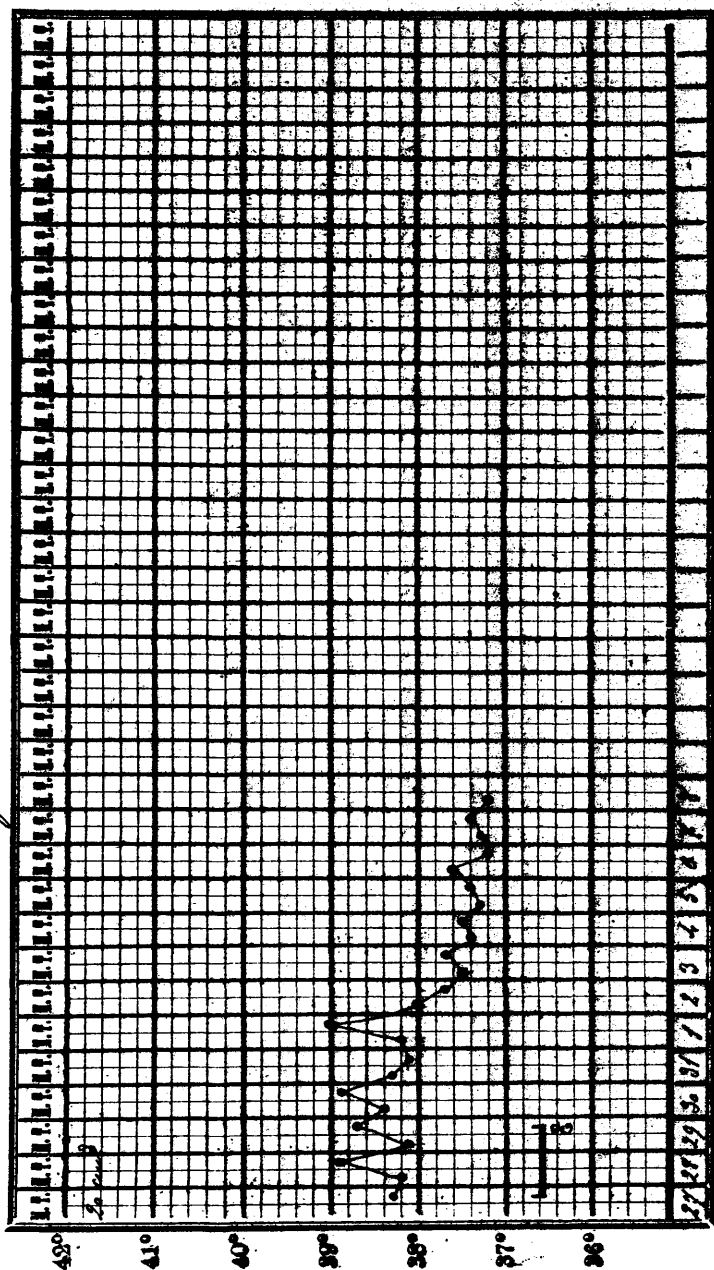
Día 24 de Mayo - J. L. H. - Dos años y medio. Véase la observación n.º 82. El día anterior había salido del hospital del mismo servicio de la disentería, mejor por presentarse nuevos ataques de asquiritis. Se desinfecta de la antigua *Tragacoma* y se da resuelto y origina. La disentería se acentúa y se hace la *inhalación*. Se inyectan 20 gramos de oseno antidiarréico de Rump. Se repite el tratamiento el día 29 por la tarde y otra vez origina. Entonces se hace una *inhalación* o *inyección* de abeja mas la antigua desde *Tragacoma* y se permite el paso de la cámara. El día 2 de Junio se retira la cámara. El día 8 la herida apenas origina pero va cicatrizando muy despacio. El mismo origina bien, pero su estado general está muy agotado.

No me es posible continuar esta observación pues el día 10 de Junio partí de París.

Observación núm. 8541 Dia 27 de Mayo de 1901 Santiago L. de edad 2½ años

Diagnóstico Laringitis

Examen microscópico negativo como anteriormente



(1) Tercer la observación n.º 56

## Observación 12-16

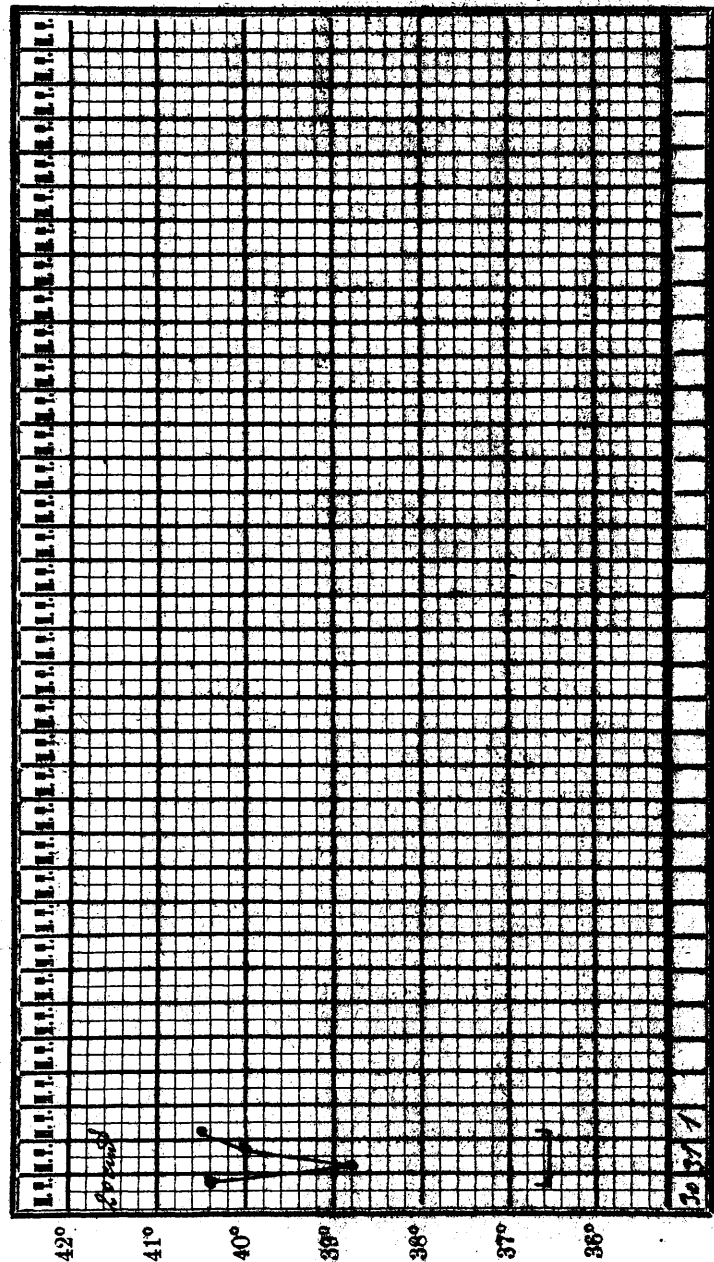
De 12 de Mayo - al 16 - Viena de la parte del congreso, en esta  
la asistencia inmediata, y ejecución de la guerra de los  
diferencias de Mayo. Por eso - por eso -  
lo que se ve de la guerra, todo se ve - El 12 de Mayo, en la guerra, en la  
las fides, mas allá. Los latidos y las conjeturas están en la guerra de  
fines. El 12 de Mayo, separación vitalante en la guerra, en la  
manera, por delante en la parte de la guerra, algunos en la guerra. Por  
más caliente.

Mañana el día 12 de Mayo.

Observación núm. 86 Dia 7 de Mayo de 1901 Ch. T. de edad

Diagnostico Craps. dent. 11

Examen microscópico de la cavidad de la cavidad





## Resumen de las 86 observaciones presentadas.

Observaciones 86.	{	Intubaciones solamente - - - - -	74
		Intubación primero, luego Traqueotomía -	9
		Traqueotomía solamente - - - - -	3
De 86 enfermos intervenidos.	{	Salen - - - - -	56
		Mueren - - - - -	28
		Trasladados á otras salas - - -	3
		Quedan al hospital - - - - -	5.
Duración de la intubación	{	Menos de 36 horas - - -	16(1)
		De 36 á 60 horas - - -	52
		Más de 60 horas - - -	15
Expulsan el tubo--	{	una vez { sin necesitar nueva intubación -	9
		necesitando nueva intubación -	6
		más de una vez - - - - -	3
{	{	El tubo sale de su sitio y el enfermo lo traga - - - - -	2
		El tubo cae en la tráquea al intentar la extracción - - -	1.

## Edades de los enfermos intervenidos

Años	Menos de uno	uno	dos	tres	cuatro	cinc	seis	siete	ocho	nueve	Mas de nueve	sin edad conocida
Total 86	2	16	25	16	10	6	3	1	1	1	0	5

(1) De estos 16 hay 8, que mueren antes de las 24 horas.

Resumen del movimiento de enfermos en el pabellón de la difteria del Hospital "d'enfants malades" de Paris, desde 1<sup>o</sup> de Marzo hasta 1<sup>o</sup> de Junio de 1901

Enfermos entrados -- 345 --	{		No intubados -- -- 159
	{		Intubados -- -- -- 83
	{		Traqueostomizados -- 3
Salidos -- -- -- 196 --	{		No intubados -- -- -- 140
	{		Intubados -- -- -- 55
	{		Traqueostomizados -- -- 1
Muertos -- -- -- 80 --	{		No intubados -- -- -- 52
	{		Intubados -- -- -- 26
	{		Traqueostomizados -- -- 2
Trasladados a otras salas -- 23 --	{		No intubados -- -- -- 22
	{		Intubados -- -- -- 1
	{		Traqueostomizados -- -- 0
Quedan en el hospital -- 46 (1) --	{		No intubados -- -- -- 45
	{		Intubados -- -- -- 1 (2)
	{		Traqueostomizado -- -- 0

(1) Los intubados que han salido antes del 9 de Junio constan en las salidas

(2) El mismo, es después traqueostomizado.

## Bibliografía de autores y obras consultados.

- "Revista médica de Sevilla"—N.º 12-31 de Diciembre de 1884.—Ramón de la Sota y Lastra—"Trece casos de erup tratados por el entubamiento de la laringe"
- "El siglo médico" n.º 2110, 2111 y 2112.—Junio de 1894 De Castañeda, de J. Sebastian—"De la intubación de la laringe en el erup"—Dos casos prácticos.—
- Discurso ante la Real Academia de Medicina de Zaragoza 1896.—Agustín García Julián.
- "La Medicina de los niños"—Barcelona—años 1900, 1901 y 1902.
- "Medicina y Cirugía"—Barcelona 1902-n.º 6.
- Faustino Barbera—"La intubación estudiada en su pasado, su manual operatorio, sus accidentes y sus aplicaciones al tratamiento de las laringo-estenosis y especialmente al del erup." Valencia 1894.
- Brousseau—"Clinique médicale de l'Hotel Dieu"—Paris 1863.

- P. Ferrond. — "L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte." — Lyon 1894
- A. Hugues. — "L'intubation laryngée dans le croup" — Paris 1895
- H. Gillet. — "La pratique de la sérothérapie." — Paris 1895
- A. Chaillon — "La sérumthérapie et le tubage du larynx dans les croups diphthériques." — Paris 1895
- Trancher-Comby-Marfan. — "Traité des maladies de l'enfance" — Paris 1897.
- G. Variot. — "La diphthérie et la sérumthérapie." — Paris 1898.
- Perez-Arceuano. — "Croup - Tubage del laringe" — Modification de instrumentos — Buenos-Aires. — 1898.
- J. Comby — "Maladies de l'enfance" — Paris 1898.
- E. Escat (de Toulouse). — "La pratique du tubage dans la clientèle" — 1899.
- A. Jargnon. — "Tubage et trachéotomie en dehors du croup, chez l'enfant et chez l'adulte" — Paris 1900.

— A. Boucain. — "Traité de l'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte" — Paris 1902.

— B. Perez-Arendano — "Intubation du larynx" — Paris 1902.

— M. Deguy et B. Weill — "Manuel pratique du traitement de la diphtérie" — Paris 1902.

— "Bulletin de la société de thérapeutique" — n<sup>os</sup> 2 y 5 — Paris 1896.

— "Archives de médecine des enfants" — Paris 1901.

— "La presse médicale" — Paris 1901.

— "La semaine médicale" — Paris 1902.

— "Annales de médecine et chirurgie infantiles" — Paris, 1898-1899-1900-1901 y 1902.

— Contribución a la intubación de la laringe, por S. Dionisio — "Raccolta di memorie italiane di laringologia-rinologia ed otologia" — Torino 1901.

Admiral

N. J. J. J.

Capitán el ejército de  
de la guerra y obtiene la cali-  
ficación de Sobresaliente

Analisis finero

H

Rodriguez  
Fernandez

Manuel Alonso Rando,